



**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES
CURSO PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL 05/06**

INTEGRAÇÃO DOS HOSPITAIS MILITARES

ABRIL 2006

Trabalho de:
MANUEL MARQUES PINTO CALIXTO
COR/MED

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

PREÂMBULO

Abril 2006

Este trabalho foi elaborado com finalidade essencialmente escolar, durante a frequência do Curso Promoção a Oficial General 2005/2006, cumulativamente com a actividade escolar normal. As opiniões do autor, expressas com total liberdade académica, reportando-se ao período que foram escritas, podem não representar doutrina sustentada pelo Instituto de Estudos Superiores Militares.

RESUMO

(“ABSTRACT”)

1. **Tema.** A Integração dos Hospitais Militares.
2. **Extensão.** Este trabalho é composto por 18.826 palavras de texto e por 88 páginas.
3. **Objectivo.** Analisar o modelo actual dos Serviços de Saúde nas Forças Armadas e propor a integração dos hospitais militares, numa estrutura única, como factor de racionalização e de apoio às operações militares.
4. **Autor.** COR/MED Manuel Marques Pinto Calixto
5. **Assuntos-Chave.** SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS, CONCEITO ESTRATÉGICO DE DEFESA NACIONAL, CONCEITO ESTRATÉGICO MILITAR, CONCEITO ESTRATÉGICO DA NATO, DOCTRINA NATO, SISTEMAS DE SAÚDE FRANCÊS, INGLÊS ESPANHOL, SNS, INDICADORES DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR, RACIONALIZAÇÃO DE RECURSOS, INTEGRAÇÃO DOS HOSPITAIS MILITARES.
6. **Sumário.** A Saúde Militar tem um papel relevante face às alterações no cenário político internacional e nos novos tipos de missões que as FFAA passaram a desempenhar, nomeadamente de paz e humanitárias, integradas em forças multinacionais.

Entendeu o autor ser um desafio, neste momento, abordar esta temática tendo em consideração que estas alterações se reflectiram nos novos Conceitos Estratégicos de Defesa e, também, no Sistema de Saúde das FA e politicamente há directivas para a sua reforma.

Pelo conhecimento da evolução da Sociedade, da experiência e reflexão que fez, sobretudo nestes últimos vinte anos, analisou alguns dos factores, mais pertinentes, que contribuem para as disfunções no SSM a nível de estrutura orgânica, de infra estruturas e recursos humanos.

Assim, a análise efectuada consistiu numa caracterização do actual Serviço de Saúde Militar (em contraponto com as reformas efectuadas no SS Espanhol, Francês e Reino Unido), da vulnerabilidade deste, face às novas missões das Forças Armadas pela dispersão de serviços e

equipamentos, deficit em recursos humanos, em especial médicos e nas especialidades consideradas chave a nível hospitalar e de Medicina Operacional.

O autor partilha a opinião de que a solução ideal seria um novo hospital com capacidade adequada aos actuais requisitos. Na impossibilidade deste modelo, por constrangimentos de ordem financeira, a alternativa de mudança, que hoje lhe parece mais adequada, será a transformação dos actuais hospitais militares, num grupo hospitalar e organizados de forma modular, com gestão centralizada e sendo da responsabilidade de cada Ramo desenvolver as especialidades, de acordo com a sua cultura e especificidades para poderem responder à sua missão primária.

A integração dos hospitais militares será vantajosa, por razões técnico-científicas, aumento da massa crítica, possibilidade de maior e melhor formação do pessoal, implementação de projectos de investigação científica que promoverão o desenvolvimento do *saber* e facilitarão a formação em componentes específicas da Medicina Operacional, bem como a mobilidade dos profissionais de saúde para missões de apoio a forças destacadas, com menores consequências negativas no desempenho dos serviços de origem.

É convicção do autor, que a integração hospitalar é uma inevitabilidade, decorrente da actual conjuntura nacional, reforçada pelo impulso reformador em prol de uma gestão eficiente dos recursos públicos e equidade no acesso aos cuidados de saúde.

ÍNDICE

PARÁGRAFO	ASSUNTO	Nº PAG.
-----------	---------	---------

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

101.	Generalidades.....	1-1
102.	Motivação.....	1-2
103.	Objectivo.....	1-3
104.	Âmbito.....	1-3
105.	Panorâmica.....	1-4

CAPÍTULO 2 – OS CONCEITOS ESTRATÉGICOS DE DEFESA E A SAÚDE MILITAR

201.	Generalidades.....	2-1
202.	O Conceito Estratégico de Defesa Nacional.....	2-1
203.	Conceito Estratégico Militar.....	2-7
204.	Conceito Estratégico da NATO.....	2-8
205.	Doutrina.....	2-10
206.	Síntese.....	2-11

CAPÍTULO 3 – SISTEMAS DE SAÚDE MILITAR

301.	Generalidades.....	3-1
302.	Serviço de Saúde Militar Francês.....	3-2
303.	Serviço de Saúde Militar do Reino Unido.....	3-4
304.	Serviço de Saúde Militar de Espanha.....	3-6
305.	Sistema de Saúde das Forças Armadas Portuguesas.....	3-8
306.	Articulação com o Serviço Nacional de Saúde.....	3-14
307.	Comentário.....	3-17
308.	Síntese.....	3-18

CAPÍTULO 4 – A INTEGRAÇÃO DOS HOSPITAIS MILITARES NUMA ESTRUTURA HOSPITALAR ÚNICA

401.	Generalidades.....	4-1
402.	Novas Missões para as Forças Armadas.....	4-1
403.	A Reestruturação da Saúde Militar.....	4-2
404.	Caracterização da População.....	4-5
405.	Recursos Humanos.....	4-6
406.	Indicadores de Produtividade.....	4-7
407.	Hospital das Forças Armadas.....	4-10
408.	Modelo Conceptual.....	4-11
409.	Síntese.....	4-12

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

501.	Sumário.....	5-1
502.	Recomendações.....	5-5
503.	Remotivação.....	5-6
504.	Fecho.....	5-6

ANEXOS

ANEXO A – Orçamento do HFA de 1999 A 2004.....	A-1
ANEXO B – Organização da Saúde Militar em alguns Países da NATO.....	B-1
ANEXO C – Distribuição dos Beneficiários da ADM por Distrito.....	C-1
ANEXO D – HFA – Utentes em 2004.....	D-1
ANEXO E – Médicos Militares e Cíveis.....	E-1
ANEXO F – Produtividade nos Hospitais Militares Ano 2004 em Comparação com o SNS no Ano 2002.....	F-1
ANEXO G – Consultas efectuadas, por Especialidade nos Hospitais Militares.....	G-1

PARÁGRAFO

ASSUNTO

Nº PAG.

GLOSSÁRIO

1.	Abreviaturas	GLO-1
2.	Definições.....	GLO-3

BIBLIOGRAFIA	BIB-1
---------------------------	--------------

CAPITULO 1

INTRODUÇÃO

101. Generalidades. A medicina, tal como a conhecemos, praticamos e exigimos é uma aquisição recente. Mas, a ela estiveram sempre ligados os conceitos de ética, deontologia e de humanismo. Durante séculos praticada com base em conhecimentos empíricos, foi no séc. XVII, com o desenvolvimento da fisiologia e o início da abordagem científica da medicina que se assistiu a uma profunda modificação dos conceitos de doença. Mas, é nos finais do séc. XVIII e início do séc. XIX, que os hospitais se transformam em instituições estritamente médicas. Datam dessa época uma série de Hospitais Monumentais que, continuam ainda em funcionamento, entre outros, o Hospital de S. José, o Hospital de Sto António, o Hospital de Marinha e o Hospital Militar Principal. Porém, é na década de 40 do séc. XX que a medicina ganhou um poder e prestígio enorme, ao tornar-se capaz de interferir na história natural da doença, com a descoberta dos antibióticos e a cura da tuberculose.

Com o evoluir do conhecimento, do surgir de novas patologias associadas às revoluções industriais, do conceito de Saúde como recurso natural para o actual conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) “ de um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de enfermidade ou doença”, a Saúde deixa de ser um bem de produção e passa a ser um bem de consumo.

Neste contexto a qualidade da Saúde passa a ser um privilégio, um desafio, uma exigência e um direito dos cidadãos.

A Constituição da República Portuguesa (31), art.º 64 n.º1, reconhece o direito à protecção da saúde e o direito de a defender e promover, realizado através de um serviço nacional de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito, concretizado em 1977 no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

É neste âmbito que é regulamentada a Assistência na Doença aos Militares (ADM) (38), criada em 1973, tendo como principal propósito assegurar o acesso a cuidados de saúde aos seus beneficiários (militares e familiares), não só aos cuidados prestados pelo SNS, mas também a todos os disponíveis, em regime de escolha livre. Este regime manteve-se de acordo com o artº 25º do Estatuto dos Militares das Forças Armadas (49).

A referência a um serviço de saúde militar surge, em Portugal, com a reorganização do exército efectuada pelo Conde de Schomberg “*Nesta grande reorganização do exército entre 1660*

e 1668, foi criado pela primeira vez o serviço de sanidade.”(28:434).

As estruturas de saúde apareceram e desenvolveram-se ao longo dos anos e também elas se foram adaptando em função do progresso a nível militar, do tipo de conflito e dos avanços tecnológicos da Medicina.

A sua presença tinha um efeito moralizador e estava vocacionada quase exclusivamente para o tratamento e recuperação.

Mas, é nas décadas de 60 e 70 que, a Saúde Militar se distingue no decurso da guerra colonial. Esta proporcionou aos médicos a experiência, a maturidade, o desembaraço, o diagnóstico rápido e a capacidade de decisão perante situações menos favoráveis e os Hospitais Militares, como suporte de rectaguarda, pela sua organização e tipo de patologia foram um espaço privilegiado de aprendizagem, diferenciação e treino tanto na área médica como cirúrgica.

A missão dos hospitais militares enquadra, actualmente, uma mudança, que tem subjacente a situação interna, nomeadamente o crescimento orientado no sentido da auto suficiência, com o consequente sub aproveitamento dos meios existentes, planeamento desajustado das especialidades médicas, a diminuição do número de utilizadores motivado pela extinção do serviço efectivo normal, e a situação internacional no espaço geo-estratégico em que Portugal está inserido – Organização das Nações Unidas (ONU), Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO), União Europeia (UE), em que terá de existir uma relação adequada com o sistema de forças que tiver de apoiar.

Estas são questões incontornáveis a ter em consideração no planeamento de reorganização da saúde militar.

102. Motivação. O hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia.

Nele estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor, curar a doença e reabilitar.

Nele trabalham centenas de profissionais, cujas competências constituem um património técnico e científico indispensável para fazer evoluir o sistema de prestação de cuidados para níveis que satisfaçam as exigências, as expectativas e as necessidades dos seus utilizadores.

O desenvolvimento da medicina levou à criação de múltiplas especialidades, que progressivamente vão segmentando o saber em áreas mais específicas, e à necessidade inevitável da sua articulação em equipas pluridisciplinares. Este processo gerou necessidades acrescidas de pessoal e de meios técnicos para fazer face a todas as áreas do conhecimento, acarretando o

aumento assinalável dos custos e tornando inviáveis as pequenas unidades incapazes de responder às solicitações para a prática de uma medicina de qualidade.

Qualquer organização depende em grande parte do potencial dos seus recursos humanos, sendo prioritário investir na valorização humana e profissional, de modo a dotar os profissionais com competências adequadas para um desempenho de qualidade. É esta pluridisciplinaridade que é necessário coordenar, maximizando a sua rentabilização.

Porém, a missão do hospital militar para além das competências comuns a qualquer hospital, terá de considerar factores de carácter operacional que o diferenciam enquanto instituição militar. Com a Nova Ordem Mundial assiste-se ao renascer da vontade da Comunidade Internacional em reagir face às situações de crise. E, na grande maioria dos países, as reformas e reestruturações da saúde militar dedicaram um tratamento de privilégio à chamada Saúde Operacional nos aspectos da Formação, Treino e Equipamento.

A motivação do presente trabalho reside na forte convicção que a actual estrutura do Sistema de Saúde das Forças Armadas, não está preparada para as missões em que pode ter um papel relevante, (missões humanitárias e de apoio à paz) e a multiplicidade das unidades hospitalares são um potencial gerador de redundâncias e dificultam a obtenção de serviços com dimensão crítica que favoreçam a interacção e a responsabilização no desenvolvimento de unidades prestadoras de cuidados com maior eficiência e qualidade.

103. Objectivo. Analisar o modelo actual dos Serviços de Saúde nas Forças Armadas e propor a integração dos hospitais militares, numa estrutura única, como factor de racionalização e de apoio às operações militares.

104. Âmbito. O foco deste tema tem implicações directas na estrutura dos serviços de saúde mas também na sensibilidade de cada um dos militares e dos seus familiares o que faz com que ninguém seja indiferente ao assunto a tratar.

No contexto do presente trabalho analisar-se-ão as principais disfunções do Serviço de Saúde Militar (SSM), pela dispersão dos hospitais militares de pequenas e médias dimensões, com um número de utentes também limitado.

Não se pretende com este trabalho académico, dentro do limite espaço-temporal, esgotar todas as soluções possíveis, mas somente constituir mais um contributo para a reestruturação do SSM, baseada numa análise, embora sumária, da caracterização da população, dos indicadores de produtividade e da avaliação de necessidades e do relacionamento com o SNS. Estão fora do âmbito deste trabalho: análise às carreiras médicas, de enfermagem e de técnicos, bem como ao factor

remunerações.

A bibliografia disponível é restrita e a que existe aponta invariavelmente para uma adequação dos hospitais militares ao aumento da eficiência, da eficácia e da qualidade dos cuidados

Também no período referente à pesquisa não estarão disponíveis os relatórios de actividades de 2005, pelo que os dados a analisar, na sua maioria, se reportam ao ano de 2004.

Após a escolha do tema e já na fase de pesquisa foi publicado o Despacho n.º 236/MDN/2005, de 20 de Outubro (Directiva para a reorganização da estrutura superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas) (59).

105. Panorâmica. A racionalização da rede hospitalar militar dando corpo a uma estrutura hospitalar única, foi tema recorrente e usualmente apontado como solução para a aparente triplicação dos hospitais dos ramos e estudado por sucessivas comissões nos últimos trinta anos.

Para responder às questões que emergem relativamente à temática escolhida e atingir o objectivo definido, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. Após, esta nota introdutória, no capítulo dois será realizada a análise do Conceito Estratégico da Defesa Nacional (64), do Conceito Estratégico Militar (65), do Conceito Estratégico da NATO (66) e da Doutrina de Saúde nas Forças Armadas (FFAA). Será dada relevância às novas ameaças e ao novo tipo de conflitos nos quais as FFAA podem estar envolvidas e ao papel do Serviço de Saúde (SS). No terceiro capítulo far-se-á uma abordagem à organização do Sistema de Saúde Militar com particular enfoque ao Serviço de Saúde da Força Aérea e em especial no Hospital. Abordaremos a organização dos Serviços de Saúde Militares de França (75), Reino Unido (73) e Espanha (74) que foram recentemente reestruturados ou estão a sê-lo e que abordam a saúde militar sobre três perspectivas diferentes. No quarto capítulo faremos uma descrição das múltiplas tentativas para a integração dos serviços de saúde, analisaremos a população alvo, produtividade, avaliação de necessidades em matéria de recursos humanos, planeamento do internamento vantagens e inconvenientes numa possível integração funcional dos hospitais militares na perspectiva do aumento da massa crítica, na possibilidade de uma maior valorização profissional, capacidade de investigação e formação dos internos e numa maior capacidade e qualidade no apoio prestado às forças destacadas.

Por fim, no quinto capítulo, será feita uma síntese das principais conclusões, assim como algumas recomendações julgadas pertinentes, como contributo à implementação de uma integração funcional dos hospitais militares, numa estrutura hospitalar única como factor de racionalização e de apoio às operações militares.

CAPÍTULO 2

OS CONCEITOS ESTRATÉGICOS DE DEFESA E A SAÚDE MILITAR

201. Generalidades. O mundo actual e as ameaças que encerra são diferentes do que eram durante o período da Guerra-Fria em que a ameaça estava enquadrada por coordenadas espaciais bem definidas. Os anos que se seguiram à queda do muro de Berlim e ao colapso da União Soviética, pondo fim ao período da “bipolaridade”, provocaram sérias alterações nos conceitos estratégicos e doutrinários no emprego das forças.

Os conflitos passaram a evidenciar o seu pendor irregular, global, assimétrico e permanente, surgindo em qualquer parte do globo, sem uma origem clara e objectivos difusos.

No contexto estratégico contemporâneo, coexistem “dilemas de segurança” não resolvidos em regiões menos desenvolvidas, consideradas franjas marginais. As zonas que pertenceram à área de influência da ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) são paradigmáticas desta conflituosidade regional, com tendências de desagregação, evidenciadas por vários tipos de extremismos nomeadamente étnicos e religiosos.

Pela sua directa ou indirecta relação com a saúde militar, iremos então no presente capítulo descrever o Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN) (64) e o Conceito Estratégico Militar (CEM) (65), lembraremos o Conceito Estratégico da NATO (66) discutido e aprovado na Cimeira de Washington em 1999 e, por último iremos observar os aspectos doutrinários NATO relevantes na área de saúde militar.

202. O Conceito Estratégico de Defesa Nacional. A última década do sec. XX introduziu profundas mudanças no cenário internacional motivadas pela implosão da União Soviética. Em consequência, emergiram novos países nessa área, reforçou-se a legitimidade dos países da Europa Central e Oriental como actores internacionais e terminou o antagonismo Leste-Oeste e a sua inerente lógica de confrontação entre blocos. O desenvolvimento que a vida internacional tem vindo a conhecer ao nível da circulação e do acesso à informação conferiu à globalização um papel fundamental. A adaptação à nova realidade veio introduzir factores de instabilidade e de imprevisibilidade. Foram criados novos desafios no âmbito da segurança e da defesa, e introduziram um novo aspecto qualitativo de “ameaça” na cena internacional. O terrorismo transnacional parece não considerar quaisquer limites, assumindo uma possibilidade de actuação à escala global, associando a violência tradicional, decorrente de atentados e acções bombistas, com

possível utilização do ciberespaço e de meios de destruição maciça. A maximização dos princípios da surpresa e da decepção, num combate assimétrico por actores não tradicionais, onde se insere o terrorismo transnacional, a par da demonstração de capacidade e de motivação, por parte de organizações mal definidas e não totalmente identificadas, para levar a efeito acções de grande impacte, configuram a possibilidade de eclosão de elevados níveis de destruição humanos e materiais. As consequências de tais acções nas economias, na segurança e na estabilidade internacionais transcendem a capacidade de resposta individualizada dos Estados e interrelacionam os conceitos de segurança interna e externa e os objectivos que estes prefiguram.

O terrorismo transnacional apresenta-se, pois, como uma ameaça externa e, quando concretizado, como uma agressão externa, pelo que a sua prevenção e combate se inserem claramente na missão das Forças Armadas.

Torna-se necessária não só a manutenção como a criação de capacidades que permitam dar resposta ao fenómeno do terrorismo, bem como à proliferação de armas de destruição maciça e à possibilidade de acidentes nucleares, radiológicos, químicos e biológicos decorrentes do uso intencional, indevido ou não especializado dos referidos meios e materiais.

Consequentemente, perseguindo a finalidade de garantir a segurança e o bem-estar dos cidadãos, o Estado é obrigado a repensar e a adequar os conceitos e os instrumentos de segurança e defesa ao novo ambiente político-estratégico, numa perspectiva de minimização de riscos e de garantia da possibilidade de resposta, não só a estes novos tipos de desafios à paz e à estabilidade internacional como a quaisquer outros que venham a revelar-se. O último CEDN foi aprovado em Conselho de Ministros a 20 de Dezembro de 2002 apresentando as seguintes linhas orientadoras.

- a. **Enquadramento Internacional.** É possível definir linhas de instabilidade, num espaço de influência euro-atlântico, envolvendo a África do Norte, a África Subsariana, o Médio Oriente, os Balcãs, o Cáucaso, a Ásia Central e a Ásia do Sul, nas quais se concentram riscos de separatismos e conflitos étnicos, religiosos e fronteiriços, fundamentalismos ou migrações em massa.

As vulnerabilidades do Estado nestas regiões tornam crescentes as ameaças ligadas ao terrorismo, ao narcotráfico, ao tráfico de pessoas e ao crime organizado. Considera-se também a possibilidade de poderem constituir-se em foco de conflitualidade internacional os aspectos que resultem da desregulação ambiental e ecológica e da gestão dos recursos naturais, nomeadamente os hídricos e os energéticos.

A somar aos riscos mais imediatos já referidos, é possível identificar outros como a permanência das desigualdades no desenvolvimento, o crescimento dos fluxos

migratórios o carácter multicultural das sociedades e zonas de não integração das novas comunidades, a atitude interventora da comunidade internacional e o exercício do direito de ingerência, a existência de uma única superpotência e a tensão entre “unilateralismo” e “multilateralismo” e a utilização do espaço para fins científicos, económicos ou militares.

A ONU vem assumindo um papel mais interventivo na área da segurança internacional, enquadrando um conjunto crescente de acções no domínio das operações humanitárias e de paz, sob a sua égide e pelo seu empenho em suscitar um maior comprometimento dos países que disponibilizam forças.

A Organização para a Segurança e Cooperação na Europa (OSCE) continua a orientar a sua atenção para os aspectos relacionados com a defesa dos direitos humanos, a resolução pacífica e a prevenção de conflitos, a gestão política de crises e a participação em actividades de manutenção de paz, tendo reforçado a sua capacidade política, em particular no domínio da diplomacia preventiva.

Na UE, têm sido dados passos significativos na componente de segurança e defesa, resultantes em grande parte das modificações sensíveis da cena internacional, tornando possível a condução de operações de gestão de crises, sendo que o desenvolvimento dos meios e das capacidades à sua disposição lhe permitirá assumir progressivamente operações cada vez mais complexas.

No espaço da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), salienta-se uma evolução globalmente positiva. Mas a reforma do sistema de cooperação deve caminhar no sentido de maior cooperação política e institucional como condição essencial para otimizar recursos e potenciar a eficácia.

- b. Enquadramento Nacional.** O novo ambiente estratégico afecta, directa e indirectamente, Portugal. Depois de 1994, ano em que se aprovou o anterior conceito, registaram-se, no plano internacional, alterações significativas. Neste período, assumiram particular importância os seguintes factos: A NATO alterou profundamente o seu conceito estratégico em 1999 e completou-o com uma revisão de capacidades que constitui um desafio a todos os aliados. Na Cimeira de Praga, foi decidido um novo alargamento da Aliança Atlântica. Na UE, também em 1999, o Conselho Europeu de Helsínquia deu um forte impulso à política europeia de segurança e defesa, comprometendo-se os Estados que nela participam a contribuir para as capacidades operacionais da União no âmbito da gestão de crises e operações

humanitárias. A reforma dos Tratados e o alargamento a novos países, tal como as exigências do Pacto de Estabilidade e Crescimento, têm consequências políticas e representam desafios importantes a nível nacional. No relacionamento euro-atlântico, é expressiva a preocupação com o aumento do diferencial existente ao nível das despesas e dos investimentos militares, factor que, acentuando-se, enfraquece a coesão entre os aliados. As Nações Unidas desenvolveram, a partir de 1994, operações de paz em número e importância sem paralelo na sua história, devendo salientar-se o contributo de Portugal.

A participação activa de Portugal no reforço dos mecanismos de legalidade internacional conduziu à nossa participação nas missões mais relevantes das Nações Unidas, quer nos Balcãs, para a manutenção da paz, quer em Timor, para a construção de um Estado independente, o que nos dá experiência e conhecimentos que devemos aproveitar para modernizar estruturas, conceitos e mentalidades.

Recorde-se, por fim, que Portugal foi chamado, em 1998, na Guiné-Bissau, a participar na defesa dos seus cidadãos e na criação de condições para facilitar o diálogo político, com vista a assegurar a estabilidade de um país amigo, numa operação que testou as nossas capacidades de defesa militar e não militar, nomeadamente em termos de projecção de forças, operação conjunta dos ramos, apoio de informações e planeamento civil de emergência.

Portugal é um país euro-atlântico. Esta circunstância nacional permite operar, harmoniosamente, uma multiplicidade de «fronteiras». A nossa geografia política e económica é europeia. A nossa geografia de segurança e defesa é atlântica e europeia.

- c. **Os Valores Permanentes da Defesa Nacional.** A defesa nacional tem por objectivo garantir a independência nacional, a integridade do território e a liberdade e a segurança das populações contra qualquer agressão ou ameaça externas. Garantir a liberdade de acção dos órgãos de soberania, o regular funcionamento das instituições democráticas, a possibilidade de realização das tarefas fundamentais do Estado e o reforço dos valores e capacidades nacionais, assegurando a manutenção ou restabelecimento da paz em condições que correspondam aos interesses nacionais.

A importância crescente da participação de Portugal no quadro de intervenções multinacionais, designadamente no âmbito militar, é uma opção consolidada que prestigia o nosso país. A sua continuação é um desiderato que deverá ter em conta a necessidade de defender os princípios humanistas, a proximidade dos nossos

interesses, a satisfação dos compromissos internacionalmente assumidos e o quadro realista das nossas possibilidades, sendo decidida em cada caso e de acordo com os valores e regras constitucionais.

d. O Espaço Estratégico de Interesse Nacional. Considerados como espaço estratégico de interesse nacional permanente:

- o território, o espaço de circulação entre as parcelas do território nacional, dado o seu carácter descontínuo;
- os espaços aéreo e marítimo sob responsabilidade nacional, as nossas águas territoriais, os fundos marinhos contíguos, a zona económica exclusiva e a zona que resultar do processo de alargamento da plataforma continental.

São espaço estratégico de interesse nacional conjuntural o que decorre da avaliação da conjuntura internacional e da definição da capacidade nacional, tendo em conta as prioridades da política externa e de defesa.

e. As Ameaças Relevantes. São apontadas como ameaças mais relevantes o terrorismo, nas suas variadas formas o desenvolvimento e a proliferação de armas de destruição maciça, de natureza nuclear, radiológica, biológica ou química, bem como os meios de lançamento. O crime organizado transnacional entre o qual se refere o tráfico de droga e as redes de promoção e exploração da imigração ilegal.

Compete ao Estado, colaborar activamente, no quadro da comunidade internacional, na prevenção do terrorismo, sob várias formas, incluindo as operações militares.

f. Sistema de Alianças e Organizações Internacionais. Portugal como membro das Nações Unidas, tem dado e continuará a dar, através das FFAA, um contributo para operações humanitárias e de apoio à paz.

A NATO é assumida como eixo estruturante da Segurança e Defesa.

Portugal é membro da UE, contribuindo para a Política Europeia de Segurança e Defesa (PESD). No quadro de Defesa interessam-nos a participação nas missões de Petersberg.

Portugal deve preservar o vínculo transatlântico e o bom relacionamento entre a Europa e os Estados Unidos da América (EUA).

A Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) é um instrumento importante para o relacionamento com os países lusófonos.

Portugal participa na Organização para a Segurança e Cooperação na Europa (OSCE), enquanto organização que tem um papel importante para a segurança europeia.

g. Missões e Capacidades das Forças Armadas. Em concordância com os valores permanentes, orientada para os espaços estratégicos de interesse nacional, fazendo face às ameaças relevantes e enquadrada nas organizações internacionais a que pertencemos, as FFAA têm atribuídas as seguintes missões:

- defesa militar do país;
- concretização dos objectivos do Estado e da satisfação dos seus compromissos internacionais;
- missões de interesse público, sem prejuízo das missões de natureza militar;
- consciencialização dos cidadãos para os valores e problemas de Segurança e Defesa.
- Dentro dos preceitos constitucionais, concretizam-se as seguintes capacidades para o desempenho das missões das FFAA:
 - capacidade dissuasora para desencorajar ameaças e repor o controlo do território e a autoridade do Estado, em caso de agressão;
 - capacidade de resposta rápida na perspectiva de actuação no território nacional ou além-fronteiras;
 - capacidade de vigilância e controlo do território nacional e do espaço interterritorial;
 - capacidade de protecção e evacuação de cidadãos nacionais, em áreas de tensão ou crise;
 - capacidade para fazer face a ameaças terroristas, tanto internas como externas, em colaboração com as Forças de Segurança e os aliados;
 - capacidade para, em conjugação com os aliados, prevenir e fazer face às ADM;
 - capacidade para combater e prevenir certas formas de crime organizado transnacional, especialmente o tráfico de droga, o tráfico de pessoas e as redes de imigração ilegais, e para participar no combate e prevenção ao nosso eco-sistema;
 - capacidade para participar em missões de paz e humanitárias;

- capacidade para realizar acordos bilaterais e multilaterais na área da Defesa, e desenvolver acções de cooperação técnico-militar e militar;
- capacidade para realizar missões de interesse público, nomeadamente busca e salvamento e fiscalização da zona económica exclusiva, entre outros, e apoio às populações em caso de catástrofe ou calamidade;
- capacidade para organizar a resistência em caso de agressão.

h. Meios Necessários e Políticas Estruturantes. Em traços gerais os meios e políticas estruturantes necessários são os seguintes:

- as FFAA devem dispor duma organização flexível e modular;
- o Estado deve contar com um sistema de informações;
- a profissionalização das FFAA deve ser acompanhada de outras medidas de incentivo e valorização da despesa com as FFAA, devem em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB), aproximar-se do nível médio, praticado nos países europeus da NATO.

203. Conceito Estratégico Militar. Decorrente das orientações do CEDN, o CEM desenvolve os aspectos relativos à componente militar da Defesa Nacional, de modo que o emprego da força seja concordante com aqueles princípios orientadores.

Na actual conjuntura esbate-se a tradicional distinção entre segurança e defesa e consolida-se a noção de alargamento das fronteiras, de segurança e defesa e a consequente necessidade de reconfigurar as capacidades militares no sentido de as tornar mais projectáveis.

As FFAA colaboram no país com as forças de segurança e são cada vez mais, empregues como forças de “segurança interna” em países terceiros. O CEM considera que, nesta conjuntura de ameaças difusas e imprevisíveis, Portugal deve alicerçar a sua segurança numa política de defesa que se apoie na solidariedade colectiva e se jogue nos grandes espaços políticos e militares em que se insere. Deve valorizar-se o envolvimento de Portugal nas missões empreendidas pelas organizações internacionais a que pertence. Deve ser garantida uma capacidade de actuação autónoma, quer nas missões militares quer nas missões de interesse público. É necessário obter e manter capacidades para desenvolver um espectro amplo de missões.

As linhas de acção a desenvolver devem ser coerentes com os princípios definidos para a estratégia militar.

São definidos três níveis de complexidade crescente de actuação: paz, crise e guerra, que

determinam níveis de empenhamento e de risco diferenciados. A modularização e interoperabilidade das forças são conceitos consagrados para responder a cada um dos níveis:

- o conceito de acção militar deve acautelar a necessidade de abandonar um modelo de FFAA assente em estruturas fixas, em favor de alternativas que potenciem a capacidade de projectar forças e a mobilidade estratégica e táctica. A indispensabilidade de flexibilizar a capacidade de resposta e encontrar soluções com os recursos financeiros disponíveis;
- o imperativo de utilizar critérios de interoperabilidade entre aliados e parceiros de coligação;
- a necessidade de maior interligação das missões intrinsecamente militares com tarefas de manutenção de segurança;
- o desenvolvimento da informação militar e a sua articulação com os serviços de informações da Republica;
- a necessidade de integrar e disponibilizar, a informação de todas as entidades intervenientes na execução de missões de interesse público.

Relevam-se os aspectos relacionados com a racionalização dos meios, “evitando sobreposições e duplicações de valências entre os ramos” e a importância atribuída aos modernos requisitos de emprego operacional, conjunto e combinado, a interoperabilidade, a capacidade de projecção, a auto-sustentação e a protecção de forças.

204. Conceito Estratégico da NATO. A NATO nascida em 4 de Abril de 1949, incluiu doze membros fundadores, entre os quais Portugal.

Em 1976, a NATO reformula o seu conceito estratégico passando a assentar nos princípios da defesa avançada e da resposta flexível, que os norte-americanos haviam introduzido na sua estratégia nuclear, graduando os patamares de dissuasão.

Entretanto, admitindo que num confronto inicial a defesa avançada pudesse ceder face à pressão das forças convencionais do Pacto de Varsóvia, a Aliança admite uma estratégia defensiva móvel, que permitisse fazer penetrações no território inimigo.

As alterações no ambiente e segurança internacional, no fim dos anos 80, ditaram a grande reformulação conceptual da nova NATO, que iria emergir nos anos seguintes. A Cimeira de

Washington, em Abril de 1999, adoptou um novo conceito estratégico, em que a Aliança assume as tarefas tradicionais de defesa colectiva dos seus membros e as inerentes operações do Artigo 5.º do Tratado do Atlântico Norte, mas também se posiciona para o cumprimento de funções de prevenção e gestão de crises «fora de área».

Em paralelo, foi desenvolvido o Programa da Parceria para a Paz como forma de reforçar quer a estabilidade no espaço euro-atlântico quer os processos de transição dos países da Europa Central e Oriental e dos novos países nascidos da ex-URSS.

O processo de alargamento da aliança, iniciado em 1999, constitui um reflexo institucional evidente da nova filosofia cooperativa que enforma as relações internacionais, visando a segurança e a estabilidade euro-atlântica, processo que prossegue com a declaração continuada por parte da Aliança de uma política de «porta aberta» e de estímulo a que os candidatos prossigam os programas de cumprimento dos critérios para uma eventual adesão.

Também a relação «bilateral» da NATO com a Federação Russa sofreu grandes evoluções, sendo hoje enquadrada por um acto fundador, que procura associá-la aos esforços de estabilização na Europa. A criação do Conselho NATO/Rússia veio dar uma nova valência qualitativa ao diálogo permanente entre a Aliança e a Rússia.

A Aliança presta também uma atenção particular ao seu flanco sul constituído pela bacia do Mediterrâneo, tendo criado a iniciativa de diálogo do Mediterrâneo e envolvendo alguns dos países aí situados, como forma de garantir segurança e estabilidade nesta zona. Aliás, é uma atenção partilhada pela União Europeia, para a qual foi dado um importante contributo durante a presidência portuguesa, traduzido num novo impulso para as relações entre as duas margens do Mediterrâneo.

A melhoria das suas capacidades operacionais tem constituído preocupação da NATO, que pretende dotar-se de meios que lhe permitam cumprir, com eficácia, as novas missões que lhe estão cometidas.

Incluem-se neste esforço os conceitos de interoperabilidade de forças, de forças tarefa conjuntas-combinadas (CJTF – Combined Joint Task Force) e de «forças separáveis mas não separadas» e de políticas orientadas para a melhoria de capacidades ao nível da mobilidade estratégica, auto-protecção, sustentação de forças, sistemas de comando e controlo e informações.

Na Cimeira de Washington foi, também, manifestado apoio ao desenvolvimento da Iniciativa Europeia de Segurança e Defesa (IESD), traduzido na necessidade de a União Europeia dispor de uma capacidade autónoma para poder intervir no âmbito militar, procurando a criação de sinergias entre as duas organizações.

Ao nível das reformas internas dá-se destaque à nova estrutura – CJTF – que permite o emprego rápido de forças em todo o tipo de missões da NATO, e deu um impulso no conceito da

criação da Identidade Europeia de Segurança e Defesa, o que permite ter um plano conjunto NATO/EU.

205. Doutrina. Portugal não desenvolveu uma doutrina logística própria, nem em termos de actuação conjunta, nem dos ramos isoladamente, sendo prática comum a adopção da doutrina NATO. A doutrina do sistema de saúde operacional das FFAA, como função logística, é assim baseada nessa doutrina. O documento do Comité Militar da NATO 319/1 (MC 319/1) – “NATO Principals and Policies for Logistics” (70) – é aquele que formula os princípios e políticas para a logística na NATO. A sua doutrina está vertida no “Allied Joint Publication 4(A) (AJP-4(A)) – Allied Joint Logistic Doctrine” (67), documento este ratificado por Portugal e no qual estão detalhados os princípios e as políticas logísticas, aplicáveis ao nível operacional e perspectivando o entendimento recíproco e cooperativo do planeamento destas matérias entre as diversas autoridades NATO, as suas diversas agências e as Nações.

Sob o ponto de vista específico do apoio médico, existem outros documentos da NATO relevantes, como sejam o “MC 326/2 (Draft) – NATO Medical Support Principles and Policies” (71) e o AJP-4.10 – Allied Joint Medical Support Doctrine” (69), nos quais são desenvolvidos os “Conceito de Apoio Médico Multinacional”, a “Arquitectura do Comando e Controlo do Apoio Médico Multinacional” e a “Interface entre Funções Médicas e Outras Funções”. É um documento de fundamental importância para a participação de pessoal de Saúde em operações fora do território nacional. De acordo com o conceito da NATO para o apoio médico, o corpo de militares da saúde terá de se adaptar a novas situações e desenvolver conceitos para o seu apoio a operações combinadas multinacionais. Apesar das operações no âmbito do Artigo 5º constituírem a missão primária da NATO, as Nações devem também estar preparadas para as operações Não-Artigo 5º.

A missão de apoio médico nas operações militares consiste em apoiá-las através da conservação do estado de prontidão do pessoal, da preservação da vida e da minimização dos efeitos físicos e mentais indesejáveis. Um apoio médico apropriado constitui contribuição acrescida para a protecção da força e para a moral, baseado na prevenção da doença, na evacuação rápida, no tratamento dos doentes, feridos ou molestados, devolvendo ao cumprimento das suas tarefas, no mais curto espaço de tempo, o máximo de indivíduos possível. Para tal, são necessárias várias capacidades, as quais deverão compreender as seguintes áreas funcionais, sistema de comando, controlo e informação que inclua “informações” médicas, programa preventivo, tratamento integrado e um sistema de evacuação suportado por um apoio logístico médico.

Os recursos profissionais, equipamentos e infra-estruturas, de acordo com as disposições NATO (67), são distribuídos em 4 “níveis de cuidados” numa base de progressiva complexidade e

sofisticação, de modo a permitir o tratamento, a recuperação e a evacuação.

O “*role 1*” representa o nível mais básico de cuidados, é a primeira linha de intervenção do Sistema de Saúde em qualquer tipo de actuação, está integrado numa pequena unidade, inclui capacidades para promover primeiros socorros e medidas imediatas de suporte de vida. Adicionalmente, contribui para a promoção da saúde e bem-estar dos efectivos, através de orientação na prevenção de doenças, de ferimentos não relacionados com o combate, e de *stress operacional*.

O “*role 2*” destina-se normalmente a uma unidade de maiores dimensões, usualmente uma brigada. Deve estar preparado para promover evacuações a partir da unidade “*role 1*”, triagem e ressuscitação, tratamento e recuperação dos doentes, até estarem em condições de retomar o serviço ou de serem evacuados e tratamento dentário de urgência. Embora este escalão não envolva tratamentos cirúrgicos, nalguns casos pode ser necessária a sua inclusão para efectuar cirurgia de urgência e cuidados pós operatórios. Tomará então a designação de “*role 2+*”.

O “*role 3*” destina-se a uma força de nível Divisão ou superior. Inclui capacidades suplementares, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, recursos cirúrgicos e médicos, medicina preventiva, inspecção de alimentos, medicina dentária e possibilidade de lidar com o problema do stress operacional. Classicamente este tipo de cuidados é prestado em hospitais de campanha

O “*role 4*”, promove o tratamento definitivo dos doentes que requerem um maior período de internamento, ou quando as possibilidades do “*role 3*” foram ultrapassadas. Envolve normalmente cuidados cirúrgicos e médicos especializados, cirurgia reconstrutiva e reabilitação, sendo a última linha de tratamento, o que envolve recursos consideráveis, pelo que é suportado no país de origem. Só em circunstâncias muito particulares está disponível no teatro de operações. O nível de ambição do nosso suporte sanitário às forças envolvidas em missões no exterior, não deve ultrapassar o escalão “*role 2+*”, devendo ser constituído por profissionais de saúde dos três Ramos, única possibilidade de lhe garantir sustentabilidade.

206. Síntese. Da análise do Conceito Estratégico de Defesa Nacional é possível identificar novas ameaças susceptíveis de afectar o nosso país, ou qualquer dos nossos aliados, das quais se destacam o terrorismo transnacional, associando a violência tradicional, decorrente de atentados e acções bombistas, a proliferação de armas de destruição maciça e a possibilidade de acidentes nucleares, radiológicos, químicos e biológicos decorrentes do uso intencional, indevido ou não especializado dos referidos meios e materiais, o crime organizado transnacional entre o qual se refere o tráfico de droga e as redes de promoção e exploração da imigração ilegal.

A identificação das novas ameaças motiva a necessidade de abandonar um modelo de

FFAA assente em estruturas fixas, em favor de alternativas que potenciem a capacidade de projectar forças e a mobilidade estratégica e táctica.

Identificadas novas missões para as FFAA, aquelas em que o SS poderá ter um papel relevante, são as enquadradas nas operações de apoio à paz e nas missões humanitárias.

Face ao novo enquadramento, no capítulo 3, analisaremos a estrutura dos serviços de saúde militar da França, do Reino Unido e de Espanha e as diferentes estratégias que conduziram à reestruturação da Saúde Militar tendo como primordial objectivo a adequação e racionalização dos recursos. Neste âmbito analisámos também o Sistema de Saúde das Forças Armadas Portuguesas e a sua articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

CAPÍTULO 3

SISTEMAS DE SAÚDE MILITAR

301. Generalidades. Como atrás mencionado o mundo actual e as ameaças que encerra são diferentes do que eram durante o período da Guerra-Fria. Os anos que se seguiram à queda do muro de Berlim e ao colapso da União Soviética, pondo fim ao período da “bipolaridade”, foram preenchidos por conflitos nos Balcãs, na resposta do Ocidente à invasão do Kuwait, na 1ª Guerra do Iraque e pela actual guerra ao terrorismo provocada pelo 11 de Setembro, 11 de Março e pelos recentes ataques bombistas no Metro de Londres.

A globalização, o grande relevo das desigualdades sociais e económicas e as assimetrias a nível demográfico e de desenvolvimento no mundo estão na génese dos actuais fluxos migratórios, sendo os mais vulneráveis e menos preparados, a deslocarem-se para países mais ricos, com repercussões preocupantes no desequilíbrio social das regiões.

A “desestruturação dos estados”, a disputa pelos recursos e a proliferação de armas de destruição maciça indiciam a continuidade da conflituosidade regional, que reclamam da comunidade internacional acções de manutenção e ou imposição da paz e de auxílio humanitário. Assim, os países e a NATO iniciaram e têm vindo a aprofundar, toda uma tarefa de adaptação a esta nova realidade, incidindo nas suas estruturas, procedimentos e Forças, exigindo-lhes uma maior prontidão, flexibilidade e mobilidade.

A Saúde Militar, cuja missão é fornecer o apoio de saúde a essas forças tem de se adaptar a este novo cenário.

A adaptação ao novo cenário de riscos e ameaças para a segurança e paz, levou a grande maioria dos países a dedicarem um tratamento privilegiado à chamada – “Saúde Operacional”, entendida como “a prestação de cuidados de saúde em pleno teatro de operações”, diferenciando-a da prestação de cuidados de saúde praticada nos hospitais militares – “Saúde Hospitalar”. A esta, alguns países, não reconhecem uma especificidade militar, apenas pelo alvo dos cuidados ser a população militar e remeteram a sua responsabilidade para os sistemas nacionais de saúde. (8:847)

Assim, no presente capítulo, iremos analisar os Serviços de Saúde das Forças Armadas Francesas (75), do Reino Unido (73) e Espanholas (74) que foram recentemente ou ainda estão em fase de reestruturação. Têm em comum uma redução dos seus efectivos, procurando uma maior flexibilidade e mobilidade e uma atitude diversificada perante a utilização e racionalização dos hospitais militares.

302. Serviço de Saúde Militar Francês. O serviço de saúde militar Francês é um dos mais velhos e ricos em tradição. Foi criado, em 17 de Janeiro de 1708 no reinado de Luís XIV. Até 1948, os serviços de saúde do Exército, da Marinha e da Força Aérea tinham uma direcção própria.

A partir de 1 de Janeiro de 1948 foi criada uma direcção única: a unificação dos serviços, num único Serviço de Saúde, obedecendo num plano técnico a um chefe único, o director central.

Em Julho de 1991, o Plano Forças Armadas 2000, reforça a autonomia do serviço de saúde à volta de dois polos “*major*”:

- a componente própria do serviço, reagrupando todos os meios de sustentação inter-armas, de carácter técnico ou logístico;
- a componente integrada nas forças, adaptada às necessidades específicas de cada ramo.

Em 1996, com a profissionalização, o Serviço de Saúde adapta os seus meios ao novo formato das forças armadas e às novas condições de emprego. Isto traduziu-se por um crescimento dos efectivos em pessoal de carreira e contratado e por uma adaptação às novas estruturas.

O Serviço de Saúde das Forças Armadas assegura, em todas as circunstâncias, o apoio médico e sanitário das forças armadas e dos organismos sob a dependência do ministro da Defesa.

a. Um Apoio Baseado na Medicina de Urgência. As unidades de combate beneficiam de um apoio o mais próximo possível. As técnicas médico-cirúrgicas de urgência apoiam-se em três princípios fundamentais:

- apoio médico de urgência e de reanimação mais próximo do combatente;
- a cirurgia nas linhas da frente, com apoio cirúrgico dos feridos muito rápido nos teatros de operações;
- as evacuações sanitárias medicalizadas praticadas sistematicamente e precocemente para os hospitais com infraestruturas.

b. Missões de Serviço Público. A abertura dos hospitais das forças armadas ao serviço público verifica-se tanto ao nível dos utentes, cada vez mais civis, como pelos laços cada vez mais estreitos entre estes hospitais e o sistema hospitalar civil.

Esta orientação é sentida pelo serviço de saúde como uma necessidade que apela todavia à definição de um ponto de equilíbrio a fim de preservar as missões militares prioritárias.

- (1) **Uma Larga Abertura à Actividade Civil.** O serviço de saúde não põe nenhuma restrição ao acesso aos hospitais das forças armadas, estando estes abertos aos doentes nas mesmas condições que os estabelecimentos civis.

Certamente, os hospitais militares devem acolher prioritariamente os seus beneficiários, quer dizer os incorporados do contingente por um lado e os civis da Defesa que contraíram uma doença por motivo de serviço.

Os militares ou os beneficiários não são obrigados a dirigir-se a um hospital militar, salvo se o acidente ou doença for imputável ao serviço, caso em que podem ser hospitalizados num estabelecimento hospitalar da sua escolha. Inversamente, os beneficiários do regime geral ou de outros regimes civis têm igualmente a livre escolha e podem ser hospitalizados nos hospitais militares.

A redução progressiva do número de incorporados do contingente e dos efectivos militares e, por outro lado, o crescente desejo dos civis de ser atendidos nos hospitais militares tendem de alguma forma a banalizar a actividade destes últimos.

O número de dias de hospitalização devidos à actividade especificamente militar dos hospitais militares, não cessa de se reduzir enquanto que a actividade para os beneficiários da segurança social, aumenta.

Esta evolução corresponde, para o serviço de saúde, a uma imperiosa necessidade.

Com efeito, a diminuição dos beneficiários devido à redução dos efectivos das forças armadas conduziria, se não fosse compensada por um aporte de clientela exterior, a uma diminuição da actividade das equipas cirúrgicas, prejudicando a manutenção da sua capacidade operacional.

Entre 1997 e 2002, foram encerrados 9 centros hospitalares e o número de camas dos hospitais militares reduzido de 5.600 para 3.200; no início da década de 90 eram ainda superiores a 10.000.

A abertura à população civil, representa hoje mais de metade da actividade dos hospitais militares, permite garantir a diversidade das patologias tratadas e manter ao mais alto nível a técnica dos especialistas hospitalares.

- (2) **As Modalidades e as Implicações duma Participação Aumentada no Serviço Hospitalar Público.** A participação no serviço público hospitalar traduz-se, pelo acolhimento sem restrição de todos os beneficiários da segurança social nos

hospitais das forças armadas.

Ela manifesta-se igualmente pela criação, no seio dos hospitais de instrução das forças armadas, de serviços de urgência, integrados na organização da urgência pública.

Estes serviços de urgência trabalham em estreita colaboração com os serviços de socorro fornecem uma parte importante das hospitalizações e constituem uma necessidade para a formação e manutenção do potencial operacional das equipas hospitalares, preparando-as para as tarefas que encontram nas missões exteriores.

- (3) **A Necessidade da Manutenção duma Especificidade Militar.** Se é legítimo, no quadro da planificação sanitária, ter em conta os meios de que dispõem os hospitais militares, é em compensação excluído submeter estes últimos aos procedimentos e aos critérios que se impõem aos hospitais civis.

Assim, deve ser encontrado um equilíbrio entre uma participação no serviço público hospitalar que racionaliza a utilização das capacidades militares permitindo aos hospitais militares manter o volume e sobretudo o alto nível técnico das suas actividades e a prioridade que deve atribuir às missões fundamentais, e por definição militares, do serviço de saúde das forças armadas.

- (4) **Uma Dependência Financeira Relativamente à Actividade Não Militar.** O financiamento do serviço de saúde apoia-se em duas fontes, a dotação orçamental e as receitas externas as quais representam cerca de 3/5 do financiamento do serviço.

303. Serviço de Saúde Militar do Reino Unido. O Serviço de Saúde Militar do Reino Unido está em profunda reestruturação, tendo os hospitais militares sido cedidos ao Sistema Nacional de Saúde (NHS).

- a. **Missão.** No Ministério da Defesa do Reino Unido, os serviços de saúde militares (DMS) são responsáveis por garantir a capacidade médica operacional, assim como pela prestação de cuidados médicos ao pessoal de modo a garantir que eles estão aptos quando necessário.

O Ministério da Defesa não é responsável pela prestação dos cuidados médicos quer ao seu pessoal civil no Reino Unido, quer aos dependentes do pessoal militar!

b. Organização:

- O Serviço de Saúde Militar é comandado conjuntamente pelo Deputy Chief of Defense Staff – (Health) (DCDS(H)) e pelo Surgeon General (SG). Estas duas entidades são responsáveis pela elaboração da política e orientação estratégica do serviço de Saúde Militar;
- O Serviço de Saúde Militar compreende os serviços de saúde da Armada Britânica (Royal Naval Medical Services), do Exército (Army Medical Services) e Força Aérea (Royal Air Force Medical Services). Cada um destes serviços é responsável por prestar os cuidados primários e garantir a operacionalidade médica das forças armadas;
- O DCDS(H) tem também a responsabilidade sobre os serviços Dentários (Defense Dental Service – DDS) e a Agência de Treino e Educação Médica da Defesa (Defense Medical Education and Training Agency – DMETA).

c. Medidas de Racionalização:

- Consecução de ganhos de eficiência, através da implementação do programa de saúde da defesa, com medidas de desempenho que permitam controlar o desenvolvimento e aplicação do programa;
- Na prestação de cuidados de Saúde aos Militares, explorar, um maior envolvimento do serviço nacional de Saúde e de entidades privadas nas situações em que estas provem ser os meios mais eficientes, como no caso dos serviços de psiquiatria que foram contratualizados com uma entidade privada (Priory Group);
- Os Hospitais Militares foram cedidos ao Sistema Nacional de Saúde (NHS), prevendo-se que o último seja entregue em 2007. Em contrapartida foram criadas seis Unidades Médicas da Defesa (MDHUs), em cooperação e localizadas nos hospitais do NHS, o pessoal da saúde militar foi sendo integrado, mediante acordo, nessas instituições.

Assim os militares com necessidade de cuidados médicos poderão ser recebidos em unidades chefiadas por pessoal militar ou por civil consoante a adequação à sua situação clínica.

O acordo entre o Ministério da Defesa Britânico e o Serviço Nacional de Saúde, estipula o pagamento ao NHS dos cuidados prestados ao pessoal Militar enquanto que

o Serviço Nacional de Saúde paga ao Ministério da Defesa os honorários do pessoal militar, com a particularidade de este pagamento ser realizado de acordo com a tabela do NHS (mais baixa que a militar) ficando o ministério da defesa com o encargo remanescente com o seu pessoal.

304. Serviço de Saúde Militar de Espanha. Os Serviços de Saúde do Exército, Marinha e Força Aérea foram integrados, em 1989, num serviço de saúde conjunto do Ministério da Defesa, chamado “Cuerpo Militar de Sanid”.

Desde então, a Saúde Militar foi submetida a um profundo processo de transformação.

a. Missão. Proteger a saúde do pessoal das Forças Armadas Espanholas no âmbito operacional e em paz, ou seja, manter a condição física e psíquica do pessoal das forças armadas, mediante funções bem conhecidas:

- Assessoramento do comando;
- Selecção médica do pessoal;
- Medicina Preventiva (higiene, epidemiologia);
- Assistência Sanitária (primeiros socorros, classificação, evacuação, tratamento ambulatorio e hospitalar e reabilitação);
- Abastecimento Sanitário;
- Instrução Sanitária.

O Serviço Veterinário é um dos ramos do serviço de saúde e é responsável pelo cuidado de animais de interesse militar e também pelo controlo dos alimentos nas unidades e instalações militares.

b. Organização Geral. Em 1996, foi criada a Inspeção-Geral de Saúde no Ministério da Defesa, como cúpula dos Serviços de Saúde unificados. Chefiada por um General de divisão depende do Subsecretário da Defesa, coordenando os aspectos logístico-operacionais com o Chefe do Estado Maior da Defesa (JEMAD).

O Inspector-Geral de Saúde é o assessor das autoridades do Ministério da Defesa, propõe a política sanitária e coordena os serviços de saúde a fim de optimizar os recursos médico-militares. O Inspector-Geral é também responsável pelo estudo e redacção de acordos sobre assuntos de saúde com outras organizações nacionais e

internacionais.

Os serviços de saúde do Exército, Marinha e Força Aérea, mantêm a sua própria organização e comando para o apoio directo às suas forças. O Director de Saúde é um General de Brigada na dependência do Comando do Pessoal.

No serviço de saúde há unidades que são específicas do Exército, Marinha e Força Aérea.

Um Instituto Social das Forças Armadas Espanholas (ISFAS) presta apoio social e sanitário às Forças Armadas e aos seus familiares, fora do âmbito logístico-operacional. Não há uma relação orgânica com o Serviço de Saúde, mas relações funcionais e acordos de assistência sanitária. Através deste Instituto, os familiares e os reformados recebem assistência nos hospitais militares.

- c. **Instrução.** O recrutamento de oficiais efectua-se entre os voluntários procedentes de universidades civis e a instrução específica realiza-se na Escola de Saúde Militar (EMISAN). Esta escola está directamente subordinada ao Director Geral de Recrutamento e Ensino Militar (DIGEREM).

A especialização dos oficiais médicos faz-se, fundamentalmente nos hospitais militares sob controlo da EMISAN, assim como em centros de saúde civis.

- d. **Hospitais Militares.** A rede hospitalar integra seis hospitais militares dependentes da Subsecretaria da Defesa através da Inspeção-Geral de Saúde.

A maioria dos hospitais tem heliporto.

Os hospitais em actividade são:

- O Hospital Central da Defesa “Gomez Ulla” em Madrid;
- Cinco Hospitais Localizados em Zaragoza, Valência, San Fernando (Cádiz), Cartagena (Múrcia) e Ferrol (Coruña);
- Hospitais Militares de Ceuta e Melilla.

- e. **Outras Instalações Sanitárias de Interesse:**

- Instituto de Medicina Preventiva do Exército “Capitão Médico Ramón Y Cajal”;
- Parques Centrais de Saúde e Farmácia;
- Centro de Instrução de Medicina Aeroespacial;
- Centro Militar de Veterinária.

Estas instalações passaram a depender da Subsecretária da Defesa desde 1 de Janeiro de 2003.

305. Sistema de Saúde das Forças Armadas Portuguesas. Os serviços de saúde militar são independentes entre si, embora tenham sido objecto de múltiplas tentativas de reestruturação, desde 1976, com a finalidade de rentabilização dos seus recursos.

- a. Ao Nível do Ministério da Defesa Nacional.** Existe uma Divisão de Saúde Militar (55) dependente da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais da Defesa a quem compete promover e participar em estudos tendentes à racionalização dos serviços e optimização de infra-estruturas e equipamentos de saúde, promover estudos sobre medidas de prevenção da doença, de acidentes, da higiene, saneamento e ambiente e promover estudos relativos ao aperfeiçoamento da formação de pessoal e da investigação no âmbito da saúde. Compete-lhe ainda coordenar o estabelecimento de relações e de acordos com entidades congéneres.
- b. Ao Nível do Estado-Maior General das Forças Armadas.** No Artº 3º da Lei Orgânica (45), o Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA) exerce o comando completo das Forças Armadas em Estado de Guerra e o seu comando operacional em tempo de paz, durante o qual não possui nenhum órgão responsável pela saúde militar.
- c. Ao Nível dos Ramos.** As dependências estruturais dos três serviços de saúde obedecem a critérios diferentes. Assim, os Serviços de Saúde da Marinha dependem da Superintendência do Serviço do Pessoal (46), os da Força Aérea do Comando do Pessoal (48) e os do Exército da dependência funcional do Comando Logístico (53). À semelhança do que acontece com os serviços de saúde também os hospitais militares têm uma dependência que obedece a critérios diferentes. O Hospital de Marinha depende da Superintendência do Serviço do Pessoal através da Direcção do Serviço de Saúde. O Hospital da Força Aérea depende do Director do Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA) e este do Comando de Pessoal (CPESFA) e recebe directivas técnicas da Direcção de Saúde (DS). O Hospital Militar Principal (HMP) o Hospital Militar de Belém (HMB) e os Hospitais Militares Regionais Nº 1 e Nº 2, dependem do Comando Logístico no que diz respeito ao seu funcionamento e da Direcção dos Serviços de Saúde do Exército (DSSE) no que diz respeito à sua

actividade técnica.

A dispersão das unidades hospitalares e a forma como são apetrechadas numa perspectiva “ramocêntrica”, isto é, tendo como objectivo responder às necessidades do Ramo não considerando as opções seguidas nos outros ramos, constitui um potencial gerador de redundâncias e ineficiências do investimento.

(1) **Hospital de Marinha.** Foi criado por Alvará de 26 de Outubro de 1796, funciona nas actuais instalações desde Novembro de 1806. Hospital Geral Polivalente tem uma capacidade de internamento de 99 camas. Nele está integrado o Centro de Medicina Hiperbárica, que se constituiu como um serviço de utilização comum, e foi até Dezembro de 2005, o único centro Nacional. Tem como finalidade tratar mergulhadores (militares e civis), pilotos (remoção de nitrogénio residual) mas a sua utilização é maioritariamente para patologias do foro circulatório periférico, surdez súbita e a cistite rádica. Nos meses de Dezembro e Janeiro tem um pico de utilização devido a intoxicações por monóxido de carbono

(2) **Hospital Militar Principal.** A 6 de Outubro de 1851 é decretada a centralização de todos os Hospitais Regimentais de Lisboa, instalando-se definitivamente o Hospital Militar no Edifício do Colégio de Nossa Senhora da Estrela, com o nome de Hospital Militar Permanente de Lisboa.

Por despacho do Governo Militar de Lisboa de 1 de Setembro de 1926, passou a designar-se Hospital Militar Principal. As consultas externas, o internamento, os exames complementares e o serviço de urgência ocupam os três corpos de edifícios dispostos em volta do Largo da Estrela. Durante a década de 90 o Hospital sofre obras e melhoramentos em diversas áreas e no início desta década melhorou os serviços de urgência, as áreas de internamento e implementou a departamentação hospitalar. O HMP foi a principal referência hospitalar para os militares e respectivas famílias durante dois séculos.

Tem uma capacidade de internamento de 233 camas.

(3) **Hospital Militar de Belém.** Surge oficialmente a 10 de Janeiro de 1890, data em que são transferidos para as instalações do antigo Convento de Nossa Senhora da Boa-Hora, os primeiros doentes das unidades militares vizinhas.

Como Unidade do Serviço de Saúde passou por várias designações e cumpriu diferentes missões, nomeadamente a de Hospital Militar de Doenças Infecto-

-Contagiosas. Com a diminuição progressiva de doentes desta especialidade, o espaço foi sendo ocupado por outras áreas emergentes, nomeadamente a pneumologia, a reabilitação cardíaca, a oncologia médica e dermatologia. No âmbito da medicina ambulatoria foram criadas as consultas de imuno-alergologia, psicologia clínica e nutrição, consulta do sono, hematologia, vigilância da saúde e de desabituação tabágica. Como hospital complementar, integra os seus serviços clínicos no funcionamento global do HMP. Tem uma capacidade de internamento 95 camas.

- (4) **Hospital Militar Regional Nº 1 (D. Pedro V).** Muito embora a existência de um Hospital Militar no Porto remonte ao ano de 1808, é apenas no ano de 1854 que se efectuam as primeiras diligências para a edificação de um hospital militar nesta cidade construído de raiz e destinado a este fim específico.

Recebe os primeiros doentes em 1869 sete anos após o início das obras e com estas por concluir.

No ano de 1926 passa a ser designado por Hospital Militar Regional Nº 1 e em 1990 é rebaptizado com o nome de Hospital Militar Regional Nº 1 (D. Pedro V). É um hospital geral polivalente e tem uma capacidade de internamento de 110 camas.

- (5) **O Hospital Militar Regional Nº 2.** Foi instalado em Coimbra, no Convento de Santa Teresa, em 1911. Em 1918 é transferido para o edifício que hoje ocupa, construído em 1606 pelos Carmelitas descalços que nele instalaram o colégio Universitário de S. José dos Marianos e serviu, ainda, de Hospital dos Lázarus (1848-1851) e Real Colégio das Chagas (1851-1910).

Só a partir de 1922, com a compra do imóvel pelo Ministério da Guerra, se iniciaram obras de adaptação do velho edifício a hospital, criando-se desde então serviços de Especialidade face às exigências e evolução da Medicina. Tem 63 camas para internamento.

- (6) **O Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA).** Na dependência do CPESFA, tem por missão dirigir e organizar a prestação de cuidados a efectuar pelos seus órgãos constituintes, o Hospital da Força Aérea (HFA), o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) e o Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA).

- (a) **Hospital da Força Aérea.** O Hospital da Força Aérea (HFA) está implantado no complexo da Base do Lumiar, com ampla área envolvente e,

por conseguinte, potencialidades de ampliação e um bom parque de estacionamento. O acesso por via terrestre é fácil. A servi-lo, os eixos rodoviários, 2ª circular, eixo N-S e CREL. Tem ainda, a particularidade, de acesso por via aérea, pois possui heliporto.

O HFA teve como embrião o Núcleo Hospitalar Especializado Nº 1 da Força Aérea (NHEFA 1) (40), criado pelo Decreto-Lei n.º 296/72, de 14 de Agosto. Assim nasceu, com os condicionalismos existentes e alguma independência hospitalar em relação aos hospitais do Exército. Progressivamente foram-se criando e adaptando novas infra-estruturas, aumentando o número de actos médicos, bem como a qualidade e diversidade da assistência prestada.

Em 4 de Maio de 1979, Dec-Lei n.º 114/79, é alterada a designação de Núcleo Hospitalar Especializado para Hospital da Força Aérea (48).

O aumento progressivo do universo de utilizadores levou à implementação de novas valências indispensáveis ao cumprimento da missão do HFA, de acordo com os mais recentes conhecimentos científicos e tecnológicos na área da medicina. No entanto, em termos comparativos com o SNS, o HFA tem uma dimensão reduzida, servindo uma população difícil de calcular dado que nem todos os potenciais utentes são utilizadores e do protocolo negociado com a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) estes beneficiários fazem as suas inscrições em regime aberto, mas em função das vagas disponíveis.

Há seis anos iniciou-se um projecto de recuperação e de ampliação, de forma sustentada, das infra-estruturas existentes bem como da modernização do seu equipamento. O HFA dispõe de instalações modernas e adequadas oferecendo aos seus utilizadores condições dignas de assistência. Tem uma capacidade total de internamento de 90 camas.

O HFA pode-se caracterizar, à semelhança dos outros hospitais militares, como um hospital do tipo distrital, por possuir recursos inerentes às valências básicas e outras relacionadas com as valências intermédias e diferenciadas.

É um hospital geral polivalente no que respeita às valências do internamento, das consultas externas e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (24:--).

O HFA tem por missão tratar e reabilitar os militares da Força Aérea, os seus familiares e quando superiormente autorizado, outros doentes; apoiar, em pessoal e dados clínicos, as Juntas Médicas da Força Aérea, apoiar tecnicamente o Centro de Medicina Aeronáutica em regime de complementaridade de acções.

A Força Aérea inscreve anualmente no Orçamento verbas destinadas ao Hospital que constam do Anexo A. Salienta-se que, em 2004, a receita gerada foi superior à despesa de funcionamento, e com uma perspectiva de crescimento sustentado, não serão razões de ordem económica, que inviabilizam a sustentabilidade do HFA.

- (b) **Centro de Medicina Aeronáutica (CMA).** É um órgão específico da FA, constitui, como refere António Entrudo (12:--). “A placa giratória do pessoal navegante, desde a selecção até ao controlo de aptidão, passando por instrução e treino fisiológico”.

Tem como missão principal o apoio aeromédico ao pessoal envolvido na actividade aérea de modo a assegurar as melhores condições psicofisiológicas para o cumprimento da actividade operacional. Tem ainda como missão apoiar clinicamente o HFA em regime de complementaridade de acção. Dentro das suas competências o CMA deve:

- Estudar as questões relativas à medicina aeronáutica e actividades afins;
- Exercer a acção médica na selecção, controlo e recuperação do pessoal navegante e outro;
- Assegurar o treino fisiológico do pessoal navegante;
- Dar colaboração aeromédica a acidentes de voo;
- Apoiar as Juntas Médicas;
- Assegurar a formação técnica ao pessoal da FA e de outras entidades e organismos através de protocolos;
- Promover e assegurar a investigação e desenvolvimento em Medicina Aeronáutica.

- (c) **Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA).** Como parte integrante do ISFA tem por missão seleccionar, prestar assistência e intervir no

âmbito da Psicologia. Actua ao nível da selecção com uma intervenção relevante, efectua avaliação psicológica e emite pareceres, estuda questões relativas à psicologia e promove actividades nos seguintes domínios:

- Psicologia Aeronáutica;
- Psicologia Militar;
- Psicologia Social e Organizacional;
- Psicologia Clínica e da Saúde;
- Psicologia Escolar e Educacional;
- Docência e Formação.

(7) Centros de Saúde (CS). Estão sedeados nas Unidades/Bases. Dependem tecnicamente da Direcção de Saúde, e funcionalmente, do Comando Operacional da Força Aérea, através do Comandante da Unidade a que pertencem.

Têm capacidade para satisfazer as exigências de nível 1 e de nível 1 acrescido (AJP-4.10) (69), no âmbito das missões que lhes estão cometidas e que correspondem aos cuidados primários de Saúde, cuidados dentários e medicina preventiva.

d. Serviços de Utilização Comum (SUC's). Pelo despacho n.º 188/MDN/95 de 31 de Julho, foram criados os Serviços de Utilização Comum (SUC's) (57), entendidos como “órgãos/serviços médicos especializados, que terão a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das Forças Armadas, em condições de plena igualdade... funcionam com os recursos humanos e materiais próprios do ramo em que estão sedeados”. Esta política assenta em princípios de concentração e racionalização, tendo em vista economia de meios em pessoal e equipamento, respondendo às necessidades comuns.

Assim ficaram cometidos:

(1) À Marinha:

- Serviço de Medicina Hiperbárica;
- Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA).

(2) Ao Exército:

- Serviço de Infecçiology;
- Serviço de Imunohemoterapia;
- Serviço de Hemodiálise.

(3) À Força Aérea:

- Serviço de Medicina Nuclear;
- Centro de Medicina Aeronáutica.

e. Órgãos de Apoio a Mais de Um Ramo. Pelo Decreto-Lei n.º 50/93 de 26 de Fevereiro, alíneas g) e h) do n.º 2 do artigo 27º (43), foram criados dois Órgãos de apoio a mais do que um ramo, na área dos serviços de saúde, a Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM) e o Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP) Estes órgãos, “inseridos na estrutura de um determinado ramo, têm por missão primária assegurar um apoio integrado, dispondo para isso, estruturalmente de elementos e recursos dos ramos apoiados”.

(1) Escola do Serviço de Saúde Militar. Foi criada em 1979, pelo Decreto-Lei n.º 266/79 de 2 de Agosto (43), tendo como missão a formação e valorização profissional de enfermeiros militares e de outros técnicos de saúde. De todos os órgãos do Sistema de Saúde das Forças Armadas é o único vocacionado, exclusivamente para a formação e ensino na área da saúde.

(2) Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP). Integrado no Hospital Militar de Belém, tem como competências (60) efectuar acções no âmbito da epidemiologia, do despiste, profilaxia e controlo da tuberculose e de outras patologias infecto-contagiosas, de carácter epidémico, como a hepatite B e o síndrome de imunodeficiência adquirida. Deve proceder ao registo de dados epidemiológicos e coordenar com os Serviços de Saúde, protocolos de assistência e tratamento. Presta assistência aos militares, aquando da realização de missões internacionais.

306. Articulação com o Serviço Nacional de Saúde. O Serviço Nacional de Saúde, visa oferecer à população toda a gama de cuidados e assenta numa hierarquia técnica de competências, inter-relações e áreas de intervenção bem definidas. O Centro de Saúde é a unidade física e

funcional a quem cabe prestar os cuidados de saúde primários a uma comunidade social, demográfica e geograficamente definida, garantindo a promoção da saúde e a prevenção da doença. É o primeiro contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o Sistema de Saúde. Ultrapassada a sua capacidade de tratamento e/ou diagnóstico, os doentes são orientados para uma unidade hospitalar capacitada para lhe prestar cuidados mais diferenciados, o hospital distrital ou regional, e que podem só ser viáveis a nível de hospital central, que reúne a nível nacional a última linha de recursos disponíveis.

O Sistema de Saúde Militar, não estando estruturado desse modo, permite aos seus beneficiários o acesso aos cuidados prestados pelo SNS, pelos hospitais militares, pelos prestadores privados com acordo e em regime de livre escolha, todos os serviços disponíveis, mediante um processo de comparticipação financeira de despesa.

Além disso, a distribuição dos meios do sistema de saúde militar é muito assimétrica a nível nacional, inviabilizando o recurso aos hospitais militares, nos casos que necessitam cuidados imediatos ou de curto prazo, para um considerável número de beneficiários, o que torna imprescindível o recurso ao SNS.

No que respeita à formação, a actual estrutura de saúde das FFAA, não tem os meios necessários para ser auto suficiente, o que só se consegue dando aos serviços capacidade técnica e casuística suficiente para o exercício da actividade, recorrendo-se à capacidade formativa dos hospitais do SNS (no caso dos médicos) para formar especialistas, nas mais variadas áreas do conhecimento médico. Na enfermagem, a formação é efectuada na Escola do Serviço de Saúde Militar, mas também complementada com actividades em Hospitais do SNS, que dispõem dos serviços necessários para as suas actividades curriculares.

Qualquer que seja a natureza e a actividade de uma organização, é preciso frequentemente, pôr em causa o seu funcionamento e redefinir os seus objectivos em função dos conhecimentos actuais e perspectivas futuras.

Os serviços de saúde, porque está em jogo a prestação de cuidados à população e pelos recursos financeiros que consomem, têm de se questionar e de se actualizar permanentemente.

Uma política de saúde que pretenda racionalizar a oferta de cuidados terá de concentrar os recursos humanos e tecnológicos em unidades com dimensão adequada para garantir a qualidade dos cuidados prestados e conjugar este imperativo com uma localização que assegure a acessibilidade dos utentes (7:21).

- a. **Serviços de Cuidados de Saúde Primários.** Os cuidados de Saúde Primários definem-se (OMS, 1978): como cuidados essenciais baseados em métodos e

tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade.

O centro de saúde localiza-se, em princípio, nas sedes de concelho. Nas zonas urbanas poderá servir cerca de 20.000/30.000 utentes e constituem o primeiro contacto nos cuidados de saúde.

- b. Serviços de Cuidados Diferenciados.** O hospital deverá prestar cuidados de qualidade e empenhar-se na melhoria da cooperação entre as várias equipas dentro do hospital e deste com os outros serviços de saúde, designadamente os serviços de cuidados primários e deverá garantir cuidados permanentes e urgência durante 24 horas.

O recurso ao hospital só deverá verificar-se quando se impõe a necessidade de um diagnóstico ou tratamento diferenciados.

Além das tarefas tradicionais em matéria de acolhimento e de prestação de cuidados diferenciados, o hospital deve promover a introdução das inovações tecnológicas que se revelem necessárias, apoiar a investigação, avaliar a qualidade dos cuidados, assegurar o aperfeiçoamento dos níveis técnicos do seu pessoal e procurar soluções alternativas à clássica hospitalização.

Os estabelecimentos oficiais prestadores de cuidados de saúde diferenciados assentarão, assim, numa estrutura constituída por.

- (1) **Hospitais Distritais.** Localizados, em princípio, na sede do distrito, servem, normalmente, todo o distrito ou um grupo de concelhos no caso da população ser muito superior à que se entende dever constituir a base deste tipo de hospitais (cerca de 150.000 utentes). Terão todas as valências básicas e, eventualmente, algumas das intermédias. Alguns disporão de urgência médico-cirúrgica.
- (2) **Hospitais Regionais.** Assegurarão, em, princípio, todas as valências básicas e intermédias e poderão manter as valências diferenciadas que a sua área de influência justifique.

A população base para um hospital regional deveria rondar os 800.000 habitantes. O internamento será programado para as valências básicas da sua área de influência directa, e de acordo com as normas estabelecidas para cada uma das outras valências nas quais dá apoio aos hospitais distritais, considerando a sua própria população e a população da sua área de referência.

- (3) **Hospitais Centrais.** Estes hospitais têm nível supra-regional ou central, localizando-se, em princípio, em Lisboa, Porto e Coimbra.

Um hospital central deverá reunir as valências e serviços que, pela sua sofisticação, pelo grau de tecnologia e de apoio que requerem ou ainda, pelo grau de morbilidade das patologias a que respondem, só se justificam a este nível.

- (4) **Hospitais Locais.** Destinados fundamentalmente a convalescentes e doentes de evolução prolongada asseguram o internamento aos doentes não necessitados de cuidados que requeiram técnicas de diagnóstico e controlo terapêutico diferenciado.

307. Comentário. Neste capítulo apresentam-se os modelos de organização dos Serviços de Saúde Militar de França, do Reino Unido e de Espanha (Anexo B), verifica-se que têm em comum um órgão de topo, na dependência do Ministério da Defesa: uma Direcção Central do Serviço de Saúde das FFAA em França, chefiada por um Oficial General Médico com o cargo de “Directeur Central”, no Reino Unido o Serviço de Saúde das FFAA é comandado conjuntamente pelo Deputy Chief of Defense Staff – Health (DCDS(H)) e pelo Surgeon General e em Espanha o órgão de cúpula dos Serviços de Saúde Unificados é a Inspeccion General de Sanidad chefiado por um General de División – Médico, com competências em matéria de definição das políticas de saúde militar e gestão do pessoal de saúde.

Os Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Força Aérea, mantêm a sua própria organização para garantir os cuidados primários e a operacionalidade médica das FFAA.

A grande reestruturação recaiu sobre os hospitais militares que foram redimensionados em número e nas capacidades de internamento em França e em Espanha. No Reino Unido, os 12 hospitais militares foram cedidos ao Sistema Nacional de Saúde (NHS). Em contrapartida foram criadas seis Unidades Médicas da Defesa (MDHUs), em cooperação e localizadas nos hospitais do NHS e destinadas aos militares. O pessoal da saúde militar foi sendo integrado, mediante acordo, nessas instituições. Houve ainda, cuidados contratualizados com entidades privadas por serem consideradas mais eficientes.

Em França, houve uma redução acentuada do número de camas e dos hospitais militares, e estes foram abertos à sociedade civil, que representa mais de metade da sua actividade e é responsável por 3/5 do seu financiamento.

Em Espanha, os hospitais militares destinam-se prioritariamente aos militares no activo. Através do Instituto Social das Forças Armadas Espanholas (ISFAS), os reformados e os familiares

podem receber assistência nos hospitais militares.

Não somos apologistas de importação de qualquer modelo, pois as realidades dos países e a capacidade de resposta dos seus sistemas nacionais de saúde são muito diferentes.

O modelo do Reino Unido, ao reorganizar-se em torno do NHS, aparentemente parece prático, porém em nossa opinião não entendemos ser oportuno nem exequível remeter ao SNS português a responsabilidade de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM e em especial aos militares no activo por vários motivos, de entre os quais ressalta, a capacidade de resposta, por motivo de saturação do SNS, pelo que rejeitamos este modelo.

O modelo Espanhol privilegia o atendimento aos militares no activo remetendo os militares na reforma e os familiares para o ISFAS, pelo que já referimos parece-nos redutor em termos de casuística e aprendizagem.

Pensamos que no desenho do modelo a adoptar, o hospital militar deverá ser aberto, sem prejuízo da sua missão fundamental, sob condições, a beneficiários de outros sistemas de saúde com o fim de garantir a diversidade das patologias e de manter ao mais alto nível a proficiência do pessoal de saúde o que, em nosso entender, nos aproximará do modelo francês. Embora neste não exista qualquer restrição de acesso aos hospitais por parte dos cidadãos.

308. Síntese. O mundo actual é confrontado com novas ameaças que reclamam da comunidade internacional intervenção quer para a manutenção da paz, quer para o auxílio humanitário. Assim, os países e a NATO iniciaram e têm vindo a aprofundar, toda uma tarefa de adaptação a esta nova realidade, incidindo nas suas estruturas, procedimentos e Forças, exigindo-lhes uma maior prontidão flexibilidade e mobilidade.

A saúde militar cuja missão é prestar apoio de saúde a essas forças teve de se adaptar a este novo cenário.

Neste capítulo apresentam-se os modelos de organização dos Serviços de Saúde Militar de França, do Reino Unido e de Espanha, verifica-se que têm em comum um órgão de topo, na dependência do ministério da Defesa, com competências em matéria de definição das políticas de saúde militar e gestão do pessoal.

A grande reestruturação recaiu sobre os hospitais militares que foram redimensionados em número e nas capacidades de internamento em França e em Espanha. No Reino Unido, os 12 hospitais militares foram cedidos ao Sistema Nacional de Saúde (NHS). Em contrapartida foram criadas seis Unidades Médicas da Defesa (MDHUs), em cooperação e localizadas nos hospitais do NHS e destinadas aos militares. O pessoal da saúde militar foi sendo integrado, mediante acordo, nessas instituições. Houve ainda, cuidados contratualizados com entidades privadas por serem

consideradas mais eficientes.

Em França, houve uma redução acentuada do número de camas e dos hospitais militares, e estes foram abertos à sociedade civil, que representa mais de metade da sua actividade e é responsável por 3/5 do seu financiamento.

Em Espanha, os hospitais militares destinam-se prioritariamente aos militares no activo. Através do Instituto Social das Forças Armadas Espanholas (ISFAS), os reformados e os familiares podem receber assistência nos hospitais militares.

A análise destes três sistemas de saúde e a forma tão díspar como abordaram a medicina hospitalar pode constituir mais um motivo de reflexão, sobre o modelo que temos e o que queremos.

Foi feita uma abordagem sumária à componente fixa do Sistema de Saúde Militar Português e uma breve caracterização da articulação com o SNS, como parceiro na prestação de cuidados aos militares e familiares e actor fundamental na formação do pessoal de saúde.

CAPÍTULO 4

A INTEGRAÇÃO DOS HOSPITAIS MILITARES NUMA ESTRUTURA HOSPITALAR ÚNICA

401. Generalidades. *“O Sistema de Saúde Militar visa assegurar a prontidão física e psicológica dos efectivos militares, através de selecção, preparação e acompanhamentos específicos, visando a operacionalidade plena, nos teatros de actuação previsíveis” (3:5).*

O que diferencia, de facto, a saúde militar da saúde em geral é a sua componente operacional, entendida esta, como suporte às operações militares, com exigência de equipamentos, capacidades e conhecimentos específicos. No entanto, não existe uma medicina operacional ou castrense como especialidade comparável a outras categorias da carreira médica. Existe sim, um conjunto de competências em medicina de urgência, medicina de catástrofe, traumatologia, reanimação e formação em ambiente NBQ, de valores acrescentados à formação técnica do médico especialista, nas diversas áreas de saúde, que necessitam de um contínuo processo de actualização e o habilitam para um desempenho de nível elevado.

Em situações de paz compete-lhe fazer a selecção do pessoal a incorporar, acompanhamento na preparação dos efectivos, prestar cuidados de saúde e manter uma disponibilidade permanente para as situações de emergência, de formação e do treino do pessoal de saúde.

Em missões operacionais deverá prestar apoio directo às forças, com prestação dos primeiros socorros, triagem e evacuação.

A Saúde Militar é um elemento fundamental da componente operacional da força militar e deve actuar na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. No entanto, o SSM pela evolução que sofreu no período posterior à guerra colonial e que se manteve, orientou e desenvolveu a sua actuação investindo quase exclusivamente na medicina hospitalar. Para além do Centro de Medicina Aeronáutica e do Centro de Medicina Hiperbárica facilmente se constata a inexistência de estruturas de saúde vocacionadas para a medicina operacional.

402. Novas Missões para as Forças Armadas. Na actual conjuntura as Forças Armadas são confrontadas com novas exigências, em que o Sistema de Saúde pode ter um papel relevante, como sejam a participação em missões de paz e humanitárias no quadro da ONU, da NATO e da UE, protecção e evacuação de cidadãos nacionais, em áreas de tensão ou crise, busca e salvamento e no apoio à população em situação de catástrofe ou calamidades. Estas novas exigências obrigam a um

novo modelo dos Sistemas de Saúde Militares dando maior relevo à chamada Saúde Operacional, criando equipas pequenas de constituição modular, com capacidade para operar no exterior com sustentabilidade e eficácia, e nos cuidados de saúde diferenciados, criando uma estrutura hospitalar capaz de responder à maioria das solicitações e geradora de formação permanente.

As respostas às crises internacionais, que se sucederam (Balcãs, Moçambique, Angola, Kosovo, Timor-Leste, Afeganistão e outras), encontraram os Serviços de Saúde Militar impreparados, justamente no momento em que era imprescindível a sua prontidão e operacionalidade.

“Por força dos seus compromissos internacionais indeclináveis, o país enviou as suas Forças e os seus quadros para missões multi-nacionais, obrigando o Serviço de Saúde Militar a arriscados exercícios de improviso que, como todos gostamos de continuar a acreditar, a contar e por vezes até a estimular, caracteriza os portugueses” (13:218).

A participação das FFAA em missões como as que decorrem presentemente no Afeganistão, na Bósnia e no Kosovo, a sua possível participação numa Força de Resposta da NATO (NRF – NATO Response Force), constituída por uma Força tecnologicamente avançada, flexível, destacável, interoperável e sustentável, incluindo elementos de terra, mar e ar, prontos a actuar em qualquer cenário, por ordem do Conselho do Atlântico Norte ou no âmbito da UE integrando os “Battle Groups” (BGs) que podem ser exclusivamente nacionais ou multinacionais, como é o caso do BG anfíbio que Portugal integra conjuntamente com Espanha, Itália e Grécia, terá que ser integrado por elementos de Saúde, aptos e devidamente preparados para o desempenho das missões.

Assim, é evidente que a participação nos organismos de saúde internacionais, exige uma formação e treinos especializados e adequados às missões num ambiente de Operações Conjuntas e Combinadas (OCC). Parece óbvio existir um desajustamento entre o dispositivo existente e o adequado para responder com eficácia e prontidão, pois, *“no actual Sistema, as carreiras de saúde estão centradas na carreira hospitalar em detrimento das necessidades da saúde operacional, verificando-se assim um desgaste rápido de rotação em especialidades (anestestistas, cirurgiões e internistas), o que não permite ao SSM ser empenhado em operações conjuntas/combinadas operando uma unidade de nível 2/3 de forma continuada” (6:37).*

403. A Reestruturação da Saúde Militar. Já em Outubro de 1976, a Directiva n.º 4/76 do CEMGFA, determinava que as Forças Armadas deveriam dispor de um Serviço de Saúde militar único, devidamente estruturado e profissionalizado, após a integração funcional dos três Serviços de Saúde Militares existentes. Salientava-se então, que tal integração não deveria prejudicar os Serviços de Saúde próprios de cada Ramo, indispensáveis ao apoio das suas necessidades, nem

deveria impedir que cada Ramo pudesse dispor de alguns serviços próprios em função da missão respectiva (Centro de Medicina Aeronáutica na Força Aérea e do Centro de Medicina Hiperbárica na Marinha), os quais, dadas as suas características, se destinam, quase exclusivamente a responder a objectivos específicos.

Em 1978, um Projecto de Decreto-Lei do Conselho da Revolução propunha a criação no Estado-Maior General das Forças Armadas, da Direcção Geral do Serviço de Saúde Militar, com o objectivo de promover a integração funcional dos Serviços de Saúde dos três ramos das FFAA.

Em Outubro de 1981, numa informação da CPISFA (Comissão Permanente Inter-Serviços de Saúde das Forças Armadas), acerca do espírito da Directiva n.º 4/76, afirmava-se que:

“A necessidade da reestruturação dos Serviços de Saúde Militares apontados na Directiva não só se mantém, como se torna cada vez mais premente, pelo aumento constante do espaço vazio que separa o nível actual da competência médica e capacidade de assistência dos Serviços de Saúde (deles a esperar quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra) com a orgânica da gestão actual, e o nível que deles seria de esperar se tivessem acompanhado convenientemente o progresso da tecnologia médica nos últimos trinta anos e as consequentes modificações da sua organização e gestão; de resto são processos evolutivos havidos nas FFAA de países com quem as nossas mantêm relações íntimas, nomeadamente países da NATO, que nos deveria ter servido desde há muito de exemplo orientador.”

Essa informação concluía dizendo que a Directiva n.º 4/76 se mantinha actualizada e que a criação de simples Serviços de Utilização Comuns às Forças Armadas eram um mero paliativo, não resolvendo o problema de fundo.

Pelo Decreto-Lei n.º 50/93 de 26 de Fevereiro (47) foram criados dois órgãos de apoio aos três Ramos das Forças Armadas, na área dos Serviços de Saúde: – o Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP) e a Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM). Estes órgãos, “inseridos na estrutura de um determinado Ramo, têm como missão primária assegurar um apoio integrado, dispondo para isso estruturalmente de elementos e recursos dos Ramos apoiados”.

Os estudos com vista à reestruturação dos Serviços de Saúde Militar iniciaram-se, no âmbito do Ministério da Defesa Nacional, na sequência do Despacho n.º 15/MDN/93, tendo para o efeito sido constituída uma equipa de trabalho de auditoria aos hospitais militares, através de Despacho do Director-Geral de Pessoal, que produziu um relatório sobre o Sistema de Saúde Militar.

Com base neste relatório, o Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro (56) – Directiva sobre o Sistema de Saúde Militar, enunciava os princípios orientadores do

desenvolvimento subsequente do projecto e estabelecia, a apresentação de propostas de implementação de Serviços de Utilização Comum (SUC).

O Decreto Regulamentar n.º 13/95, de 23 de Maio (55), cria na Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais da Defesa a Divisão de Saúde Militar.

Pelo Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho (57), foram criados os Serviços de Utilização Comum (SUC), entendidos “como Órgãos/Serviços médicos especializados, que terão a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das Forças Armadas...”.

“...Funcionam com os recursos humanos e materiais próprios do ramo em que estão sedeados proporcionam atendimento aos utentes dos três ramos das Forças Armadas, em condições de plena igualdade”.

Pelo Despacho n.º 192/MDN/95, de 3 de Agosto (58), é criado o Conselho Consultivo da Saúde Militar, concebido como órgão de apoio consultivo do Director-Geral de Pessoal.

A anteceder o Encontro de Reflexão e Reestruturação da Saúde Militar, é elaborado em Abril um documento, pela Direcção Geral de Pessoal do MDN, acerca da reestruturação da Saúde Militar, onde é reconhecida a complexidade, a vastidão e a delicadeza que envolvem esta problemática, pondo à consideração superior a necessidade de verificação de determinados pressupostos, de modo a garantir o cumprimento dos objectivos consignados, designadamente... *“uma decisão de empenhamento do poder político, onde seja definida a orientação a seguir, a constituição de uma equipa de projecto, ao mais alto nível, e a criação de um ambiente favorável à aceitação das mudanças.”* (72:4)

Neste Encontro, são identificadas as linhas orientadoras para a reestruturação da Saúde Militar, sendo fundamentadas pelos seguintes princípios:

- A criação de um Órgão de Cúpula Superior e Coordenador;
- A manutenção e desenvolvimento dos SUC, podendo os Ramos candidatarem-se à criação de novos SUC's;
- A manutenção dos Hospitais dos Ramos, nas diversas valências de acordo com as suas capacidades e especificidades;
- O treino em Medicina Operacional da generalidade do pessoal de saúde;
- Articulação com o Sistema Nacional de Saúde, por protocolos com Entidades Públicas e Privadas;

- O ingresso, antecipando o seu recrutamento, ao nível do 12º ano de escolaridade, com destino às Academias Militares, onde os futuros profissionais obterão as qualificações médico-militares.

A publicação do EMFAR (DL 236/99 de 25 de Junho) (49) criou expectativas relativamente ao regime dos Quadros Especiais da área da Saúde, expresso no Artigo 167º, carecendo de diploma regulador próprio.

Até 2001 a situação manteve-se sem alterações, sendo constituído em Julho um Grupo de Trabalho para a Reestruturação da Saúde Militar, que elaborou uma proposta que está na base do Despacho n.º 4390/MDN/2002 de 28 de Fevereiro e n.º 4530/2002 de 1 de Março, que criam o Conselho Coordenador da Saúde Militar. Este órgão, constituído por um presidente de nomeação ministerial e quatro vogais (Chefes dos Serviços de Saúde dos três Ramos e Director da ESSM), teria como missão estudar, planear e conceber as políticas de saúde militar e controlar e avaliar a execução das mesmas.

Após a entrada em funções do XV Governo foram suspensos os despachos que legitimaram a criação do Conselho Coordenador de Saúde Militar, sendo este extinto.

O XVII governo volta a tratar o assunto com a publicação do Despacho n.º 236/MDN/2005, de 20 de Outubro de 2005 (Directiva para Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas) (59), estabelece na alínea c) do n.º 7 que “no âmbito da saúde militar, a criação, na dependência do MDN, de um órgão director da saúde militar e a racionalização da rede hospitalar militar, dando corpo a uma estrutura hospitalar única materializada pela criação de um Hospital das Forças Armadas”.

404. Caracterização da População. Os utentes da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), resultante da fusão dos subsistemas de Assistência na Doença aos Militares do Exército (ADME), Assistência na Doença aos Militares da Armada (ADMA), Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (ADMFA), artº 1º do Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro (52), residem dispersos por todo o território nacional em número de algumas centenas até vários milhares por distrito. Eles distribuem-se em maior percentagem nos distritos de Lisboa (30%), Setúbal (19,5%) e Santarém (8,4%), e são estes potencialmente os principais utilizadores das Unidades de Saúde Militar localizadas em Lisboa.

No entanto, é de notar que, nos distritos referenciados, vivem 37.398 beneficiários da Marinha (72,7%), 35.320 dos beneficiários do Exército (46,9%) e 16.607 dos beneficiários da Força Aérea (64,5%) num total de 89.325, estes representam 57,9% do universo dos beneficiários da

ADM. Os restantes distribuem-se por todos os distritos do continente e regiões autónomas sendo o distrito do Porto o que tem maior número de beneficiários 10.764, representando 7,5% e Coimbra com 4.980 a que corresponde 3,5% do total da amostra. (Anexo C)

Considerando a redução progressiva do número de militares e a necessidade de manter os profissionais de saúde aptos para o desempenho das suas missões operacionais, a direcção do Hospital da Força Aérea percebeu que a sua oferta de cuidados podia e devia ser alargada a utentes de outros regimes de assistência de saúde. Então, negociou com a ADSE protocolos de atendimento no HFA de modo a que inicialmente só os funcionários civis da FA tinham acesso (1982), posteriormente alargado aos seus familiares (1985), tendo sido no último acordo aberto a todos os beneficiários (1990) para as vagas excedentes. Esta medida tem sido uma experiência vantajosa para ambas as partes. A população destes beneficiários atendidos em 2004, representou 23,32% do total de consultas efectuadas e 23,8% dos internamentos (Anexo D) e, por outro lado, permitiu manter o nível de competência dos profissionais de saúde da Força Aérea.

O leque de utilizadores veio a alargar-se progressivamente aos beneficiários dos outros Ramos e com menor expressão às Forças de Segurança. O Hospital de Marinha e os Hospitais do Exército adoptaram outras estratégias para rentabilizar as infra-estruturas existentes.

Por outro lado os hospitais (Militares e Civis) transformaram-se nos últimos vinte anos em unidades extremamente complexas de gerir, funcionando com tecnologia sofisticada, com necessidades crescentes de pessoal e de especializações, que o desenvolvimento científico vai determinando. Além destes aspectos, há ainda outras variáveis que nos merecem realce para esta temática, designadamente o facto de haver doentes civis o que possibilita maior diversidade de patologias, daí resultando uma maior e mais variada casuística, na aquisição de conhecimentos e investigação para a resolução de problemas de saúde.

Actualmente, tornam-se difíceis de justificar em termos de investimento, hospitais com uma população alvo muito reduzida.

405. Recursos Humanos. O pessoal de saúde, muito em particular os médicos (Anexo E), é normalmente escasso para as necessidades e para as múltiplas funções para que é solicitado e representa uma das principais condicionantes do funcionamento dos serviços de saúde militares. Situação agravada pela aparente carência generalizada de médicos, a nível do país, e por uma menor motivação pela carreira militar. Esta questão tem na sua génese, uma multiplicidade de factores, nomeadamente, o efeito indirecto dos *numerus clausus*, que limita os efectivos dos estudantes de Medicina, o predomínio de jovens do sexo feminino, provavelmente, menos vocacionadas para uma carreira nas FFAA e a evolução da demografia médica que tornou mais favoráveis as condições de

trabalho dos jovens médicos com maior atracção para o exercício liberal da medicina. Além destes aspectos (nacionais) há que considerar outros factores específicos no caso da saúde militar como sejam a mobilidade, as reticências face ao exercício da medicina nas Unidades e menor atracção da remuneração auferida.

Perante estes condicionantes parece-nos que a centralização do recrutamento se afigura vantajosa pois permitirá uma abordagem única, uma distribuição ajustada às necessidades dos Ramos, tanto a nível quantitativo como qualitativo, tendo presente que no planeamento devem ser tidos em conta, os efectivos necessários para responder a qualquer tipo de missões a efectuar pelas FFAA, sem pôr em causa o funcionamento de todo o sistema. Acreditamos que o recrutamento deverá ser efectuado nos alunos candidatos às Faculdades de Medicina, através das Academias Militares.

No entanto, agora que começam a concluir o curso, os primeiros licenciados em medicina oriundos das Academias, estes deverão ser orientados preferencialmente para especialidades consideradas críticas ou fundamentais para a actividade operacional (anestesia, cirurgia geral, medicina interna, medicina dentária, medicina geral e familiar, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia e psiquiatria), deverão efectuar o Curso Básico de Medicina Aeronáutica e complementar a sua formação nas áreas de Medicina de Urgência, Emergência, Trauma, Reanimação e Medicina em Ambiente NBQR.

406. Indicadores de Produtividade. Existem alguns aspectos que devem ser enfrentados por qualquer processo que se queira de mudança, no sentido de se manter intacto o papel dos hospitais no seio do Sistema de Saúde Militar, garantindo que se respeitem as linhas das políticas da saúde e do interesse público.

As inovações a introduzir na gestão destes hospitais deverão ser acompanhadas de reformas progressivas e duma estratégia definida após avaliação da *performance* da sua produtividade, qualidade e oportunidade assistencial pretendidas por todos os actores intervenientes.

As actuais capacidades instaladas nos hospitais militares são extraordinariamente assimétricas.

Em consonância com o anteriormente exposto, e comparando com o SNS, o indicador – Média de Camas/1.000 Beneficiários é de **3,36** no HFA, enquanto no SNS (Hospitais – 2002) é de **2,63** (9:--).

Ao observarmos o quadro, que se segue, verificamos que o hospital de Marinha se aproxima, por defeito, da Média de Camas/1.000 Beneficiários com **2,02** e o Hospital do Exército se afasta, por excesso, dos outros Ramos e também do SNS com **6,37** (9:--).

Relação entre a média de Camas/1.000 Beneficiários nos três ramos das FFAA

CAMAS	RAMOS	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÉREA
TOTAL DE CAMAS		99	508	90
MÉDIA CAMAS/1000 BENEFICIÁRIOS		2,02	6,37	3,36

Fonte: Dados trabalhados a partir do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2004.

Quadro 4-I

Ainda, se considerarmos como utilizadores maioritários os beneficiários residentes nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal essa relação sobe para **2,6**; **9,2** e **5,4** na Marinha, Exército e Força Aérea. Considerando o universo dos beneficiários das ADM's e o total de camas dos hospitais militares essa relação é de **4,48**.

Da simples análise destes números ressalta a enorme discrepância entre a relação cama/beneficiário nos diferentes hospitais militares e entre estes e o SNS.

Na pesquisa efectuada, para análise, foram seleccionados alguns indicadores considerados significativos e dominantes da produtividade hospitalar (Anexo F)

Ao observar o quadro 4-II ressalta a baixa taxa de ocupação das camas entre 50% e 54% contrariamente ao SNS onde esses valores atingem os 75,9%, o que reforça a nossa percepção de que os hospitais militares não têm capacidades adequadas face aos beneficiários reais.

Continuando a análise do quadro 4-II, evidencia-se a discrepância entre as demoras médias nos diferentes hospitais e por conseguinte a repercussão no número de doentes saídos por cama e no número de dias de internamento. As actuais tendências de desenvolvimento dos cuidados hospitalares apontam no sentido da redução da função internamento, no que respeita às demoras médias e ao desenvolvimento de cuidados hospitalares em regime ambulatorio ou de internamentos de curta duração, o alargamento dos períodos de consultas, a criação de serviços de consultoria clínica por eventuais “linhas verdes” de acesso, adaptáveis à realidade concreta, e por outro lado a uma utilização mais eficiente de recursos.

Produtividade nos Hospitais Militares – Ano 2004 em Comparação com o SNS no Ano 2002

HOSPITAIS	MARINHA	EXÉRCITO	FAP	SNS 2002
INDICADORES				
Lotação Praticada	99	467	70	26.133
Doentes Saídos	1.091	7.608	1.756	916.166
Doentes Saídos/Cama	11,02	16,29	25,1	35,1
Dias de Internamento	17.965	85.816	13.934	7.238.498
Demora Média	16,47	11,28	7,9	7.9
Taxa de Ocupação	50%	50%	54%	75.9

Fonte: Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2004.

Quadro 4-II

No que concerne a uma das actividades do movimento do ambulatório, a assistência nas consultas externas (Anexo G), nas valências de cada Ramo, muitas delas ligadas à especificidade do tipo de forças que operam, constatou-se um aumento em 2004 quanto ao n.º total efectuado.

Consultas Efectuadas, por Especialidades, nos Hospitais Militares

Ramo das FA	1. Marinha	2. Exército	3. Força Aérea	4. TOTAL
TOTAL	55.955	193.973	58.214	308.142
SUB-TOTAL Homens	42.567	110.193	30.387	183.147
SUB-TOTAL Mulheres	13.388	83.780	27.827	124.995

Fonte: Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2004.

Quadro 4-III

Como dado relevante, o predomínio de doentes que acorrem às consultas no Hospital de Marinha (HM) é do sexo masculino (76%), enquanto nos Hospitais do Exército e da Força Aérea esses números, se equivalem 56% e 52% respectivamente. Parecendo apenas mera curiosidade, o que se lê, para lá dos números, é que a assistência praticada no HM, dirige-se predominantemente a militares.

Pese os recursos humanos não serem, por si só, indicadores de produtividade, esta área particularmente sensível é dominante na influência da prestação de cuidados quer a nível de quantidade, mas sobretudo de empenho no envolvimento de um controlo de desempenho de qualidade técnica e humana. E disto já faz menção o relatório da Inspeção-Geral da Defesa Nacional do MDN, sobre a Análise ao Sistema de Saúde Militar à DS, ISFA e Serviço de Saúde da Base Aérea Nº 1, efectuado em Julho de 2001, onde refere nas conclusões finais: “*O aspecto mais saliente é de facto a carência de recursos humanos...*”.

“Relativamente aos serviços clínicos é notória uma pulverização dos mesmos, com alguns casos em que existe apenas um médico como staff clínico...”

407. Hospital das Forças Armadas. A fundamentação favorável à unificação hospitalar, tem como pressuposto que a saúde militar tem aspectos comuns que são universais e metas transversais a atingir, tais como:

- Racionalização da gestão de recursos, quer humanos, quer de equipamentos de saúde;
- Funcionamento numa dimensão de núcleo dinamizador de desenvolvimento do *saber*;
- Competitividade em oferta de qualidade;
- Pólo facilitador do recrutamento;
- Prontidão na mobilidade face aos novos desafios impostos pelo novo enquadramento geopolítico;
- Formação em Medicina Operacional.

O Hospital das FFAA deverá ter **idoneidade** para formação nas especialidades nucleares, adquirindo autonomia relativamente ao SNS e rentabilizando em seu proveito a actividade dos internos. Este processo não se verifica actualmente, porque, salvo raras excepções, os médicos em formação estão afastados entre 4 a 6 anos em hospitais do SNS para a formação complementar, pois os serviços dos hospitais militares não preenchem os requisitos para lhes ser conferida idoneidade formativa, pelos Colégios de Especialidades da Ordem dos Médicos.

Advogamos que algumas especialidades sejam comuns aos três hospitais tais como a anestesia, cardiologia, cirurgia geral, fisioterapia, imagiologia, medicina interna e patologia clínica, pela importância que têm no apoio ao internamento ou pela sua relevância nas provas de selecção de candidatos, revisão periódica do pessoal e recuperação dos indisponíveis.

A capacidade de internamento deverá ser a adequada de acordo com os potenciais utilizadores e tendo por base a análise estatística dos últimos 5 anos, e os estudos existentes tais como os do Ex-Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (10:14-19), transcritos na Carta dos Equipamentos de Saúde (7:27-110), no qual estão recomendados o rácio de doentes por médico, a diferenciação e o número de elementos mínimo por cada especialidade.

Acreditamos que a **integração funcional** dos hospitais será vantajosa, por razões técnico-científicas, aumento da massa crítica, possibilidade de maior e melhor formação do pessoal, implementação de projectos de **investigação científica** que promoverão o desenvolvimento do **saber** e facilitarão a formação em componentes específicas da **Saúde Operacional**, bem como a mobilidade dos profissionais de saúde para missões de apoio às operações militares, com menores consequências negativas no desempenho dos serviços de origem.

Uma cultura geradora de novos conhecimentos poderá assumir um importante papel, como efeito atractivo, para todos os grupos profissionais de saúde, particularmente para os médicos, cujo défice tem sido mais problemático.

A qualidade em cuidados de saúde deve ser um procedimento transversal ao SSM como ao SNS, e nesta área a sua avaliação está considerada no Plano Nacional de Saúde com três programas específicos: o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, o Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde e o Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial.

A melhoria da qualidade da assistência quer em regime de internamento quer em ambulatório, em unidades com dimensão adequada e com implementação de um sistema integrado de informação entre prestadores de cuidados, terá inevitavelmente **ganhos de produtividade e eficiência**, pois evitará uma triplicação de recursos, em pessoal, material e equipamento.

408. Modelo Conceptual. Os múltiplos parâmetros analisados levam-nos a concluir que a solução ideal seria a construção dum hospital de raiz, de dimensão e estrutura adequadas, com algumas características específicas, localizado em Lisboa, por ser esta a região com maior densidade de potenciais utentes.

Como existem constrangimentos de ordem financeira, a alternativa de mudança, que hoje nos parece mais prudente, será a transformação dos actuais hospitais, **num grupo hospitalar e organizados de forma modular, com gestão centralizada** (à semelhança do que tem acontecido com alguns dos hospitais civis em modelo de gestão empresarial).

O modelo de gestão do “novo” hospital, deverá adequar-se à sua dimensão e complexidade e o seu financiamento considerar a agregação das especialidades comuns, a produção de cuidados, o investimento, a investigação e o ensino/formação, funcionando com elementos dos vários Ramos, com uma **Direcção temporalmente rotativa**, na **dependência directa do MDN** através do **Órgão Director da Saúde Militar**.

Os restantes órgãos de saúde, com as suas funções próprias, manterão as dependências hierárquicas e técnicas de acordo com a legislação em vigor.

A Formação em Saúde Operacional deverá ser extensiva a todo o pessoal de saúde, sendo a responsabilidade desta formação da ESSM. Os cursos ministrados, de carácter modular, versarão matérias necessárias para o desempenho da medicina operacional, com conteúdos programáticos do foro da: traumatologia, medicina intensiva, medicina preventiva, medicina tropical e formação NBQR.

409. Síntese. Percebida a missão do Serviço de Saúde Militar que se deve basear em objectivos de natureza operacional e identificadas, de acordo com o CEDN e o Conceito Estratégico da NATO, as novas missões para as FFAA, nas quais os serviços de saúde militar desempenham um papel relevante, como sejam a participação em missões de paz e humanitárias, parece óbvio um desajustamento entre o actual dispositivo e o necessário para responder com eficácia e prontidão às missões operacionais.

A evolução da discussão sobre a reestruturação da Saúde Militar versus a Integração dos vários equipamentos de saúde, materializado no plano de intenções, desde 1976, por Directivas, Projectos de Decreto-Lei, Decretos-Lei e Despachos dos vários actores políticos, descrito neste capítulo vem mostrar a importância e a actualidade do tema.

Analisámos alguns indicadores de produtividade dos hospitais militares mais significativos e como actores principais para a sua concretização, os recursos humanos e as carências específicas designadamente os médicos.

O estudo de todos estes vectores leva-nos a propor um novo modelo conceptual para a saúde hospitalar nas FFAA, através da:

- Criação de um “Órgão Director da Saúde Militar”, dependente do poder político;
- Criação de um “Hospital das Forças Armadas”, na dependência do órgão director da saúde militar, como factor de racionalização de recursos humanos, equipamentos e de financiamento e competente no apoio às operações militares;
- Este modelo poderá materializar-se em três pólos, com integração funcional das especialidades de acordo com critérios a definir e a gestão será rotativa;
- O modelo de gestão do “novo” hospital deverá adequar-se à sua dimensão e complexidade e o seu financiamento considerar a agregação das especialidades comuns, a produção de cuidados, o investimento, a investigação e o ensino/formação;

- Manutenção das Direcções dos Serviços de Saúde e na sua dependência técnica “Os Centros de Saúde” que permaneceriam, em termos gerais a funcionar nos moldes actuais;
- Formação em Saúde Operacional, na ESSM, com a frequência de cursos modulares nas áreas de traumatologia, reanimação, medicina preventiva, medicina tropical e formação NBQR;
- A componente operacional fica sob a autoridade funcional das Direcções de Saúde e o “Hospital das Forças Armadas” assegurará os recursos humanos necessários ao seu funcionamento.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

501. Sumário. Ao iniciarmos a realização deste trabalho académico sob o título “Integração dos Hospitais Militares”, definimos como objectivo “analisar o modelo actual dos Serviços de Saúde nas Forças Armadas e propor a integração dos hospitais militares, numa estrutura única, como factor de racionalização e de apoio às operações militares”.

Para a elaboração do trabalho começámos por analisar os novos Conceito Estratégico da NATO, o CEDN, o CEM e a doutrina NATO no âmbito da Saúde.

O mundo actual e as ameaças que encerra como o terrorismo transnacional, os conflitos étnico-religiosos, o grande relevo das desigualdades sociais e económicas e as assimetrias a nível demográfico e de desenvolvimento que estão na génese dos actuais fluxos migratórios, a desestruturação dos estados e a proliferação de armas de destruição maciça reclamam da comunidade internacional intervenção quer para a manutenção da paz, quer para o auxílio humanitário.

As alterações no ambiente e segurança internacional, ditaram a grande reformulação conceptual da nova NATO, que emergiu da Cimeira de Washington, em Abril de 1999, e que da adopção de um novo conceito estratégico, a Aliança assume as tarefas tradicionais de defesa colectiva dos seus membros e as inerentes operações do Artigo 5º do Tratado do Atlântico Norte, mas, também se posiciona para o cumprimento de funções de prevenção e gestão de crises «fora de área».

Neste âmbito Portugal ajustou os seus conceitos estratégicos à realidade emergente sendo aprovado o CEDN a 20 de Dezembro de 2002, e o CEM aprovado pelo MEDN em 22 de Dezembro de 2003 e confirmado pelo CSDN em Janeiro de 2004, que dentro da mesma linha estratégica reconhecem como ameaças:

- o terrorismo transnacional;
- a manutenção ou emergência de novos tipos de conflito, de cariz étnico-religioso;
- a proliferação de armas de destruição maciça;
- o crime organizado transnacional.

E como missões a efectuar pelas FFAA face a este ambiente estratégico, salientam-se:

- a participação em missões de paz e humanitárias no quadro das Nações Unidas e da NATO;
- missões de Petersberg no âmbito da UE;
- protecção e evacuação de cidadãos nacionais, em áreas de tensão ou crise;
- prevenção e combate a ameaças terroristas;
- fazer face a ameaças com armas de destruição maciça;
- busca e salvamento no apoio à população em situação de catástrofe ou calamidade.

Perante estes cenários que mudaram substancialmente o papel das FFAA neste novo mundo em constante mudança, os países e a NATO iniciaram e têm vindo a aprofundar, toda uma tarefa de adaptação a esta nova realidade, incidindo nas suas estruturas, procedimentos e Forças, exigindo-lhes uma maior prontidão, flexibilidade e mobilidade.

O apoio sanitário a forças destacadas é uma prioridade dos Serviços de Saúde e a doutrina do sistema de saúde operacional das FFAA, como função logística, é baseada na doutrina NATO.

O documento do Comité Militar da NATO 319/1 (MC 319/1) – “NATO Principals and Policies for Logistics” – é aquele que formula os princípios e políticas para a logística na NATO. A sua doutrina está vertida no “Allied Joint Publication 4(A) (AJP-4(A)) – Allied Joint Logistic Doctrine”, documento este ratificado por Portugal e no qual estão detalhados os princípios e as políticas logísticas, aplicáveis ao nível operacional e perspectivando o entendimento recíproco e cooperativo do planeamento destas matérias entre as diversas autoridades NATO, as suas diversas agências e as Nações.

Sob o ponto de vista específico do apoio médico, existem outros documentos da NATO relevantes, como sejam o “MC 326/2 (Draft) – NATO Medical Support Principles and Policies” e o “AJP-4.10 – Allied Joint Medical Support Doctrine”, nos quais são desenvolvidos os “Conceito de Apoio Médico Multinacional”, a “Arquitectura do Comando e Controlo do Apoio Médico Multinacional” e a “Interface entre Funções Médicas e Outras Funções”. É um documento de fundamental importância para a participação de pessoal de Saúde em operações fora do território nacional. De acordo com o conceito da NATO para o apoio médico, o corpo de militares da saúde terá de se adaptar a novas situações e desenvolver conceitos para o seu apoio às operações

combinadas multinacionais. Apesar das operações no Âmbito do Artº 5º constituírem a missão primária da NATO, as Nações devem também estar preparadas para as operações Não-Artº 5º.

Na sua tarefa de adaptação ao novo cenário de riscos e ameaças, a grande maioria dos países dedicaram um tratamento privilegiado à chamada “Saúde Operacional” entendida como “a prestação de cuidados de saúde em pleno teatro de operações” e alguns remeteram a “Saúde Hospitalar”, por não lhe reconhecerem uma especificidade militar, para responsabilidade dos respectivos sistemas nacionais de saúde. Países de referência pela sua proximidade e parceiros na NATO e UE trataram a reestruturação da saúde de modos distintos. Verifica-se que têm em comum um órgão de topo na dependência do ministério da Defesa, com competências em matéria de definição das políticas de saúde militar e gestão do pessoal.

O Serviço de Saúde da Marinha, Exército e Força Aérea, mantém a sua própria organização para garantir os cuidados primários e a operacionalidade médica das FFAA.

A grande reestruturação recaiu sobre os hospitais militares que foram redimensionados em número e nas capacidades de internamento em França e em Espanha. No Reino Unido, os 12 hospitais militares foram cedidos ao Sistema Nacional de Saúde (NHS) e em contrapartida foram criadas seis Unidades Médicas da Defesa (MDHUs), em cooperação e localizadas nos hospitais do NHS e destinadas aos militares. O pessoal da saúde militar foi sendo integrado, mediante acordo, nessas instituições. Houve ainda, cuidados contratualizados com entidades privadas por serem consideradas mais eficientes.

Em França, houve uma abertura dos hospitais militares à sociedade civil, que é representativa de mais de metade da sua actividade e é responsável por 3/5 do seu financiamento.

Em Espanha, os hospitais militares destinam-se prioritariamente aos militares no activo. Mas, através do Instituto Social das Forças Armadas Espanholas (ISFAS), os reformados militares e os familiares podem receber assistência nos hospitais militares.

Ao analisarmos o Sistema de Saúde das Forças Armadas Portuguesas constata-se que os serviços de saúde são totalmente independentes entre si, tendo como objectivo responder às necessidades do Ramo, não considerando as opções seguidas nos outros ramos.

No que respeita à articulação com o Serviço Nacional de Saúde ela é inexistente, apesar do SNS ser fundamental tanto na actividade formativa do pessoal médico e de enfermagem como na prestação de cuidados de saúde. Para isso contribui a distribuição assimétrica das unidades hospitalares militares, favorecendo o recurso aos hospitais civis, dos beneficiários nos casos que necessitam de cuidados imediatos ou de curto prazo. Aliás, essa articulação deveria ser protocolada ao mais alto nível, e o intercâmbio das unidades hospitalares civis versus militares poderiam e deveriam ser melhor explorados e articulados.

Percebida a missão do Serviço de Saúde Militar, que se deve basear em objectivos de natureza operacional já identificados, de acordo com o CEDN e o Conceito Estratégico da NATO, as novas missões para as FFAA, nas quais os serviços de saúde militar desempenham um papel relevante, parece óbvio existir um desajustamento entre o actual dispositivo e o necessário para responder com eficácia e prontidão às missões operacionais.

A evolução da discussão sobre a reestruturação da Saúde Militar versus a integração dos vários equipamentos de saúde, materializado no plano de intenções, desde 1976, por Decreto-Lei, Projectos de Decreto-Lei, Despachos e Directivas dos vários actores políticos, foram materializados pela criação de dois Órgãos de apoio aos três ramos das Forças Armadas, na área dos Serviços de Saúde: – o Centro Militar de Medicina Preventiva e a Escola do Serviço de Saúde Militar e pela criação dos Serviços de Utilização Comum (SUC's), tendo como fundamentação uma economia assente em princípios de concentração e racionalização. Mas, esta via de reestruturação não foi continuada e vem mostrar a importância e a actualidade do tema.

Após se ter analisado a distribuição geográfica dos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares (ADM), conclui-se que residem em maior percentagem nos distritos de Lisboa (30%), Setúbal (19,5%) e Santarém (8,4%), representam 57,9% do universo e somam 89.325.

Analisámos alguns **indicadores de produtividade** dos hospitais militares, mais significativos (número de camas, demora média, taxa de ocupação, número de doentes saídos por cama, número total de dias de internamento, lotação praticada) e como actores principais para a sua concretização, **os recursos humanos** e as carências específicas designadamente os médicos.

Podemos concluir que a fundamentação favorável à **unificação hospitalar**, tem como pressuposto que uma política de saúde que pretenda **racionalizar** a oferta de cuidados terá de **concentrar** os recursos humanos e tecnológicos em unidades com dimensão adequada, destinada a servir um universo de 100.000 a 150.000 utentes para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Além das actividades tradicionais em matéria de acolhimento e de prestação de cuidados diferenciados, o hospital deve promover o investimento em **inovações tecnológicas** que se revelem necessárias, apoiar a **investigação** e o **aperfeiçoamento** dos níveis técnicos dos profissionais e avaliar sistematicamente **a qualidade** dos cuidados e a satisfação dos utentes e profissionais de saúde.

Não somos apologistas de importação de qualquer modelo, pois as realidades dos países e a capacidade de resposta dos seus sistemas nacionais de saúde são muito diferentes.

Pensamos que no desenho do modelo a adoptar, o hospital militar deverá ser aberto, sem prejuízo da sua missão fundamental, sob condições, a beneficiários de outros sistemas de saúde com o fim de garantir a diversidade das patologias e de manter ao mais alto nível a *performance* do

peçoal de saúde o que, em nosso entender, nos aproximará do modelo francês. Embora, neste não exista qualquer restrição de acesso aos hospitais por parte dos cidadãos.

O Hospital das Forças Armadas deverá ter **idoneidade** para formação nas especialidades nucleares, adquirindo autonomia relativamente ao Serviço Nacional de Saúde e rentabilizando em seu proveito a actividade dos médicos a frequentar o internato complementar.

Este modelo, será facilitador na **formação** em componentes específicas da “**Saúde Operacional**”, que será extensiva a todo o peçoal de saúde e no âmbito da **Escola do Serviço de Saúde Militar** e na **mobilidade** dos profissionais de saúde para missões de **apoio às operações militares**.

A elaboração de um modelo conceptual é fruto dos múltiplos parâmetros analisados que nos levaram a concluir que a solução ideal seria a construção dum hospital de raiz, de dimensão e estrutura adequadas, com algumas características específicas, localizado em Lisboa, por ser esta a região com maior densidade de potenciais utentes e aberto sob condições a outros sistemas de saúde públicos.

Tendo em consideração os constrangimentos de ordem financeira, a alternativa de mudança, que hoje nos parece mais prudente, será a transformação dos actuais hospitais, num **grupo hospitalar e organizados de forma modular, com gestão centralizada** (à semelhança do que tem acontecido com alguns dos hospitais civis em modelo de gestão empresarial).

O modelo de gestão deverá adequar-se à sua dimensão e complexidade e o seu financiamento considerar a produção de cuidados, o investimento, a investigação e ensino/formação como instrumentos de mudança organizacional. O exercício das funções de gestão funcionará com elementos dos vários Ramos, e terá uma **Direcção temporalmente rotativa, na dependência directa do MDN através do Órgão Director da Saúde Militar**.

502. Recomendações. É certo que a reestruturação da saúde militar, como acontece com todas as reformas, altera e perturba o *status quo* adquirido, isto é, provoca inquietação e suscita receios. Identificadas as causas e sintomas das actuais limitações, como a deficiente formação em medicina operacional, hospitais gerais polivalentes com recursos humanos escassos e massa crítica insuficiente para as capacidades instaladas, preconizam-se as seguintes recomendações.

a. Ao MDN.

- (1) Criar o enquadramento legal necessário para a criação de um **Órgão Director da Saúde Militar** com competência para definir a Política de Saúde Militar, Coordenar os Serviços de Saúde dos Ramos, a Escola do Serviço de Saúde

Militar e o Hospital das Forças Armadas de modo a otimizar e racionalizar os recursos.

- (2) Criar o enquadramento legal necessário para implementar um **Hospital das Forças Armadas**, com uma Direcção rotativa pelos Ramos, na dependência do **Órgão Director da Saúde Militar**, podendo ter três pólos resultante da integração funcional dos actuais hospitais, localizados em Lisboa.
- (3) Implementar o recrutamento centralizado do pessoal de saúde, como medida de racionalização, de transparência, de estratégia comum e distribuição equilibrada pelos Ramos.

b. Aos Ramos através das DSS. Definir de acordo com a ESSM a criação de cursos modulares no âmbito da Saúde Operacional, extensivos a todo o pessoal de saúde.

503. Remotivação. A reestruturação da saúde militar não é um assunto novo em discussão no seio das Forças Armadas. Começou em 1976, e atravessou toda uma geração, e 30 anos volvidos a sua estrutura não se alterou, apesar das modificações operadas no país e das alterações verificadas no contexto mundial.

Portugal como parceiro da NATO e membro da UE adaptou os seus Conceitos Estratégicos ao novo ambiente emergente, com novas missões para as Forças Armadas em consequência das novas ameaças.

Os sistemas de Saúde Militares, acompanhando as necessidades específicas terão de se adaptar assimilando uma nova doutrina de princípios e valores, de modo a permitir uma resposta adequada às novas exigências.

Colocadas estas premissas parece-nos que na evolução natural do novo modelo de hospital já aparece a marcada necessidade de formação em medicina operacional e, como forma de racionalização, a adaptação da estrutura hospitalar à realidade actual. No entanto, nesta área, face à complexidade da situação, as soluções exigem consensos alargados.

504. Fecho. A integração dos hospitais militares será vantajosa, por razões técnico-científicas, aumento da massa crítica, possibilidade de maior e melhor formação do pessoal, implementação de projectos de investigação científica que promoverão o desenvolvimento do **saber** e facilitarão a formação em componentes específicas da Medicina Operacional, bem como a

mobilidade dos profissionais de saúde para missões de apoio a forças destacadas, com menores consequências negativas no desempenho dos serviços de origem.

Uma cultura geradora de novos conhecimentos poderá assumir um importante papel, na procura de um desempenho de excelência, com elevados padrões de qualidade e produtividade para todos os grupos profissionais de saúde e de satisfação dos utentes.

É nossa convicção que a integração hospitalar é uma inevitabilidade, decorrente da actual conjuntura nacional, reforçada pelo impulso reformador em prol de uma gestão eficiente dos recursos públicos e equidade no acesso aos cuidados de saúde.

*“Não é por as coisas serem difíceis que não ousamos,
Mas é porque não ousamos que elas são difíceis”*

Séneca

ANEXOS

- A – ORÇAMENTO DO HFA DE 1999 A 2004
- B – ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MILITAR EM ALGUNS PAÍSES DA NATO
- C – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DA ADM POR DISTRITO
- D – HFA – UTENTES EM 2004
- E – MÉDICOS MILITARES E CIVIS
- F – PRODUTIVIDADE NOS HOSPITAIS MILITARES ANO 2004 EM COMPARAÇÃO COM O SNS NO ANO 2002
- G – CONSULTAS EFECTUADAS, POR ESPECIALIDADE NOS HOSPITAIS MILITARES

ANEXO A

ANEXO A

ORÇAMENTO DO HFA DE 1999 A 2004

	DESPESAS PAGAS PELA FAP DESTINADAS AO HFA	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	<u>FUNCIONAMENTO</u>	<u>8.562.280,14€</u>	<u>9.376.060,45€</u>	<u>9.692.643,15€</u>	<u>10.476.144,37€</u>	<u>10.378.776,52€</u>	<u>10.678.365,23€</u>
P1	<u>Pessoal</u>	<u>5.734.963,44€</u>	<u>6.330.601,33€</u>	<u>6.332.828,03€</u>	<u>6.534.902,27€</u>	<u>6.274.386,16€</u>	<u>6.030.675,88€</u>
P2	Remunerações	5.424.009,37€	5.993.912,70€	5.921.731,36€	6.046.362,29€	5.780.339,34€	5.503.462,59€
P3	Avanços	296.526,74€	316.123,56€	401.849,66€	481.209,69€	486.238,72€	521.298,03€
	Ajudas de Custo	15.427,34€	20.565,06€	9.247,11€	7.270,30€	7.808,10€	5.915,26€
	<u>Aquisição de Bens</u>	<u>1.595.641,62€</u>	<u>1.745.830,40€</u>	<u>1.954.352,89€</u>	<u>2.346.627,42€</u>	<u>2.590.421,20€</u>	<u>3.019.240,03€</u>
B1	Medicamentos	698.564,61€	718.363,02€	612.001,50€	887.820,23€	984.156,47€	1.308.591,01€
B2	Produtos Químicos e Reagentes	145.844,99€	222.957,27€	361.398,89€	340.526,00€	367.567,80€	371.456,38€
B3	Material de Consumo Sanitário	396.250,95€	470.590,57€	625.049,10€	694.986,13€	838.134,32€	927.344,35€
B4	Fardamento	14.938,83€	14.958,63€	14.962,06€	13.299,04€	15.979,78€	10.982,30€
B5	Livros e Publicações	13.538,67€	10.514,20€	24.237,37€	11.517,89€	1.303,85€	10.151,17€
B6	Consumos de Secretaria	86.406,57€	108.682,32€	96.543,39€	105.542,99€	122.024,45€	132.747,28€
B7	Artigos de Higiene e Limpeza	115.359,75€	67.069,81€	110.788,35€	126.072,11€	117.858,90€	103.100,29€
B8	Material para Manutenção de Equipamento Sanitário e Laboratorial	55.475,61€	64.854,60€	18.592,86€	19.522,59€	32.570,95€	50.646,93€
B9	Material para Manutenção de Infraestruturas	16.253,08€	12.094,79€	6.431,78€	40.757,63€	6.782,14€	2.708,44€
B10	Outros Bens não Duradouros	52.968,57€	55.747,21€	84.347,29€	96.602,82€	106.042,54€	101.511,90€
	<u>Aquisição de Serviços</u>	<u>1.231.675,08€</u>	<u>1.299.628,72€</u>	<u>1.405.462,53€</u>	<u>1.594.614,68€</u>	<u>1.513.969,16€</u>	<u>1.628.449,32€</u>
S1	Serviços de Saúde	588.728,89€	518.581,85€	634.056,69€	456.436,35€	467.060,36€	578.238,71€
S2	Serviços de Limpeza	118.515,30€	194.531,18€	165.671,95€	227.947,79€	270.662,15€	287.833,18€
S3	Manutenção de Infraestruturas	46.869,27€	83.008,92€	67.234,22€	280.729,68€	140.718,85€	15.389,18€
S4	Manutenção de Material de Aquecimento e Alojamento	16.337,95€	29.625,01€	38.324,05€	32.794,51€	15.785,31€	15.788,28€
S5	Manutenção de Equipamento Sanitário e Laboratorial	241.815,17€	269.256,05€	264.192,25€	260.772,73€	329.771,27€	390.222,13€
S6	Manutenção e Reparação de Outros Bens	33.880,69€	34.378,50€	23.516,16€	58.444,93€	97.755,93€	121.528,45€
S7	Aluguer e Locação de Bens	30.923,30€	31.239,15€	27.318,88€	38.156,87€	35.529,29€	41.446,05€
S8	Serviços de Comunicações	20.729,80€	24.400,49€	24.216,62€	23.927,70€	23.998,49€	24.037,57€
S9	Outros Serviços	133.864,70€	114.607,58€	160.931,61€	215.404,16€	132.689,52€	153.967,77€
	<u>INVESTIMENTO</u>	<u>1.461.567,66€</u>	<u>2.285.952,93€</u>	<u>2.841.937,09€</u>	<u>3.861.719,32€</u>	<u>3.682.063,00€</u>	<u>2.518.343,18€</u>
I1	Infraestruturas	149.639,37€	1.478.693,13€	1.977.740,62€	2.846.970,68€	2.331.798,54€	1.433.936,25€
I2	Mobiliário e Material de Aquecimento e Alojamento	29.631,90€	87.853,52€	14.829,72€	26.894,81€	90.920,82€	145.839,14€
I3	Equipamento Sanitário e Laboratorial	730.139,90€	577.429,64€	665.414,97€	622.186,63€	1.105.702,33€	826.087,54€
I4	Equipamento Informático (hardware e software)	520.775,77€	3.931,91€	135.422,88€	0,00€	105.782,37€	50.605,40€
I5	Outros Equipamentos	31.380,73€	138.044,72€	48.528,90€	365.667,20€	47.858,94€	61.874,85€
	TOTAL	10.023.847,80€	11.662.013,38€	12.534.590,24€	14.337.863,69€	14.060.839,52€	13.196.708,41€

Fontes : CORC CLAFA e CORC BALUM.

ANEXO B

ANEXO B

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MILITAR EM ALGUNS PAÍSES DA NATO

PAÍSES	ÓRGÃO DE TOPO RESPONSÁVEL	DEPENDÊNCIA	ÁREAS DE COMPETÊNCIA		RAMOS	HOSPITAIS		
			ÓRGÃO DE TOPO			DEPENDÊNCIA	SELECÇÃO PESSOAL	UTENTES
	Inspeccion General				• organização	MD	A selecção efectiva-se	• Militares
	de		Definição da Política de Saúde		própria	IGESAN	de entre os voluntários	no activo
ESPAÑA	Sanidad de la Defensa	MD	Coordenação dos Serviços de Saúde		• apoio directo		das Universidades	
			Estuda e negocia acordos e protocolos		das suas forças		civis	• ISFAS
	Oficial General Médico		c/ entidades nacionais e internacionais					reformados
								familiares
	Direction Centrale		Definição da Política de Saúde		• organização	Direction Centrale	Recrutamento:	• Militares
	du		Coordenação dos Serviços de Saúde		própria	du	► Inicial	
FRANÇA	Service de Santé des Armées	MD	Estuda e negocia acordos e protocolos		• apoio directo	Service de Santé des Armées		• Familiares
			c/ entidades nacionais e internacionais		das suas forças		► Complementari	
								• Civis
		CEMGFA						
	Oficial General Médico							
	Deputy Chief of Defence Staff (Health)		Definição da Política de Saúde		• organização	Cedidos ao SNS		
			Coordenação dos Serviços de Saúde		própria			
REINO UNIDO		MD	Estuda e negocia acordos e protocolos		• apoio directo	Criação de cinco Unidades de Saúde dentro dos Hospitais do SNS		
			c/ entidades nacionais e internacionais		das suas forças			
	Surgeon General (SG)							

ANEXO C

ANEXO C

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DA ADM POR DISTRITO

Distrito	IIº de Ben. M	% de Ben. M	IIº de ben. Exer	% de Ben. Exer	IIº de Ben. FA	% de Ben. FA	IIº de Ben.	% do Total
Aveiro	552	1,3%	3003	4,0%	865	3,4%	4420	3,1%
Beja	327	0,8%	757	1,0%	718	2,8%	1802	1,2%
Braga	491	1,1%	3303	4,4%	394	1,5%	4188	2,9%
Bragança	199	0,5%	792	1,1%	156	0,6%	1147	0,8%
Castelo Branco	286	0,7%	1462	1,9%	230	0,9%	1978	1,4%
Coimbra	767	1,8%	3470	4,6%	743	2,9%	4980	3,5%
Évora	347	0,8%	2308	3,1%	292	1,1%	2947	2,0%
Faro	1374	3,2%	1640	2,2%	520	2,0%	3534	2,4%
Guarda	185	0,4%	875	1,2%	171	0,7%	1231	0,9%
Leiria	934	2,2%	2699	3,6%	2219	8,6%	5852	4,1%
Lisboa	10245	23,6%	21737	28,9%	11249	43,7%	43231	30,0%
Portalegre	264	0,6%	1311	1,7%	258	1,0%	1833	1,3%
Porto	1047	2,4%	8602	11,4%	1115	4,3%	10764	7,5%
Santarém	1733	4,0%	7621	10,1%	2696	10,5%	12050	8,4%
Setúbal	19532	45,1%	5962	7,9%	2662	10,3%	28156	19,5%
Viana do Castelo	661	1,5%	1030	1,4%	187	0,7%	1878	1,3%
Vila Real	233	0,5%	2103	2,8%	195	0,8%	2531	1,8%
Viseu	490	1,1%	3042	4,0%	374	1,5%	3906	2,7%
Açores e Madeira	217	0,5%	3408	4,5%	723	2,8%	4348	3,0%
Estrangeiro	16	0,0%	3	0,0%	0	0,0%	19	0,0%
Com Morada desconhecida	3440	7,9%	64	0,1%	0	0,0%	3504	2,4%
Total	43340	100%	75192	100%	25767	100%	144299	100,0%

Fonte: Informação do IASFA de Março de 2006

ANEXO D

ANEXO D

HFA – UTENTES EM 2004

	CONSULTAS	%	INTERNAMENTOS	%	MCDT'S	%	HOSPITAL DIA	%
ADMFA	30.957	65,35%	1.105	62,93%	94.096	69,63%	223	77,16%
ADM'S	3.797	8,02%	135	7,69%	9.171	6,79%	19	6,57%
ADSE	11.047	23,32%	418	23,80%	22.064	16,33%	47	16,26%
F.SEGURANÇA	693	1,46%	48	2,73%	1.671	1,24%	0	0,00%
OUTROS	875	1,85%	50	2,85%	8.126	6,01%	0	0,00%
TOTAL	47.369	100,00%	1.756	100,00%	135.128	100,00%	289	100,00%

ANEXO E

ANEXO E

MÉDICOS MILITARES E CIVIS

Ano: 2004

Ramo das FA	Marinha	Exército	Foça Aérea	TOTAL
Contratante; Major-General	2	-	2	4
Capitão-de-Mar-e-Guerra; Coronel	4	15	5	24
Capitão-de-Flagela; Tenente-Coronel	15	20	17	52
Capitão-Tenente; Major	20	19	15	54
1º Tenente; Capitão	6	24	37	67
2º Tenente; Tenente	25	5	5	35
Guarda-Marinha; Subtenente; Alferezes	-	-	-	-
Aspirante a Oficial	-	-	-	-
Civis dos QP C	-	116	14	130
Civis contratados e alugados	34	144	38	216
TOTAL	106	343	133	582

Nota: Inclui Deixistas (Estomato)logistas

ANEXO F

ANEXO F

**PRODUTIVIDADE NOS HOSPITAIS MILITARES ANO 2004 EM
COMPARAÇÃO COM O SNS NO ANO 2002**

HOSPITAIS	MARINHA	EXÉRCITO	FAP	SNS 2002
Lotação Praticada	99	467	70	26.133
Doentes Saídos	1.091	7.608	1.756	916.166
Doentes Saídos/Cama	11,02	16,29	25,1	35,1
Dias de Internamento	17.965	85.816	13.934	7.238.498
Demora Média	16,47	11,28	7,9	7,9
Taxa de Ocupação	50%	50%	54%	75.,9%

Fonte: Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2004

ANEXO G

ANEXO G

CONSULTAS EFECTUADAS, POR ESPECIALIDADE NOS HOSPITAIS MILITARES

Ano: 2004

Ramo das FA	1. Marinha	2. Exército	3. Força Aérea	4. TOTAL
Cardiologia	2.767	10.223	1.936	14.926
Cirurgia geral	2.156	7.588	1.632	11.376
Cirurgia pediátrica	-	543	-	543
Cirurgia plástica reconstrutiva	-	2.974	1.914	4.888
Cirurgia vascular / angiologia	-	730	-	730
Dermatovenereologia	3.273	10.423	2.130	15.826
Endocrinologia	1.122	6.370	-	7.492
Estomatologia	8.654	13.078	6.940	28.672
Fisiatria	1.329	8.176	2.101	11.606
Gastroenterologia	2.660	8.235	1.565	12.460
Ginecologia	2.264	8.628	2.114	13.006
Hematologia	420	1.432	-	1.852
Imunoalergologia respiratória	43	-	-	43
Infecciologia	-	4.364	-	4.364
Medicina interna	2.140	6.998	624	9.762
Nefrologia	253	1.155	-	1.408
Neurocirurgia/Neurologia	2.564	8.322	1.402	12.288
Obstetrícia	432	684	-	1.116
Oftalmologia	4.756	12.807	4.278	21.841
Oncologia médica	759	3.109	904	4.772
Ortopedia	5.640	17.833	4.064	27.537
Otorrinolaringologia	3.714	10.548	4.230	18.492
Pediatria cirúrgica	-	-	-	-
Pediatria médica	-	519	-	519
Pneumologia	1.213	5.939	882	8.034
Psiquiatria	1.494	10.091	799	12.384
Reabilitação cardíaca	-	5.088	-	5.088
Reumatologia	93	441	-	534
Urologia	3.257	5.425	2.845	11.527
Outras	4.952	22.250	17.854	45.056
TOTAL	55.955	193.973	58.214	308.142
SUBTOTAL Homens	42.567	110.193	30.387	183.147
SUBTOTAL Mulheres	13.388	83.780	27.827	124.995

GLOSSÁRIO

1. Abreviaturas.

ADM	- Assistência na Doença aos Militares
ADSE	- Assistência na Doença aos Servidores do Estado
AJP-4.10	- Allied Joint Medical Support Doctrine
AJP-4(A)	- Allied Joint Publication 4(A)
BGs	- Battle Groups
CEDN	- Conceito Estratégico de Defesa Nacional
CEM	- Conceito Estratégico Militar
CEME	- Chefe do Estado-Maior do Exército
CEMGFA	- Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas
CJTF	- Combined Joint Task Force
CMA	- Centro de Medicina Aeronáutica
CMMP	- Centro Militar de Medicina Preventiva
CPESFA	- Comando de Pessoal da Força Aérea
CPISFA	- Comissão Permanente Inter-Serviços de Saúde das Forças Armadas
CPLP	- Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CPSIFA	- Centro de Psicologia da Força Aérea
DCDS(H)	- Deputy Chief of Defense Staff – (Health)
DIGEREM	- Direcção General de Reclutamiento y Enseñanza Militar
DMETA	- Defense Medical Education and Training Agency

DMS	- Defense Medical Services
DS	- Direcção de Saúde
DSSE	- Direcção dos Serviços de Saúde do Exército
EMISAN	- Escuela Militar de Sanidad
ESSM	- Escola do Serviço de Saúde Militar
EUA	- Estados Unidos da América
FFAA	- Forças Armadas
HFA	- Hospital da Força Aérea
HMB	- Hospital Militar de Belém
HMP	- Hospital Militar Principal
IESD	- Iniciativa Europeia de Segurança e Defesa
IGFAR	- Inspeção Geral das Forças Armadas
ISFA	- Instituto de Saúde da Força Aérea
ISFAS	- Instituto Social de las Fuerzas Armadas Españolas
JEMAD	- Jefe de Estado Mayor de la Defensa
LDNFA	- Lei da Defesa Nacional e das Forças Armadas
MC326/2 (Draft)	- NATO Medical Support Principles and Policies
MDHUs	- Ministry of Defense Hospital Units
MDN	- Ministério da Defesa Nacional
NATO	- North Atlantic Treaty Organization
NBQR	- Nuclear Bacteriológico Químico Radiológico

NHEFA 1	- Núcleo Hospitalar Especializado Nº 1 da Força Aérea
NHS	- National Health Service
Nº/n.º	- Número
OCC	- Operações Conjuntas e Combinadas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OSCE	- Organização para a Segurança e Cooperação na Europa
PESD	- Política Europeia de Segurança e Defesa
PIB	- Produto Interno Bruto
SG	- Surgeon General
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SS	- Serviço de Saúde
SSM	- Serviço de Saúde Militar
SUC	- Serviço de Utilização Comum
SUC's	- Serviços de Utilização Comum
UE	- União Europeia
URSS	- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTITA	- Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo

2. Definições.

DEMORA MÉDIA – Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período. É obtido pela divisão do

número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período.

DOENTES SAÍDOS/CAMA – Relação entre o número de doentes saídos e as camas de um estabelecimento de saúde ou serviço. Calcula-se pelo quociente entre o número de doentes saídos num determinado período (normalmente um ano) e as camas (lotação praticada) do estabelecimento hospitalar ou serviço, nesse período.

TAXA DE OCUPAÇÃO – Exprime, em termos percentuais o número de camas hospitalares por cada 100 que estiveram ocupadas, durante um determinado período (um ano em geral). É-nos dada pela razão entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 (dias

BIBLIOGRAFIA

ARTIGOS E ESTUDOS

- (1) ADMFA – **Relatórios de Actividades 2004**. Alfragide: DF-CLAFa.
- (2) ANTUNES, Manuel J. – **A Doença da Saúde**. 5ª Edição, Lisboa: Quetzal Editores, 2001. ISBN 972-564-471-9.
- (3) BARREIROS, Pedro – **Sistema de Saúde Militar**. EMGFA, Setembro 2001.
- (4) BARROS, Pedro P. – **Custos e Qualidade**. Encontro Anual da Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa. Novembro 1998.
- (5) BARROS, Pedro P. – **Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos**. Edição Almedina: Coimbra, Outubro 2005.
- (6) CARDOSO, Jorge Mateus (2002). – **A doutrina do apoio sanitário em operações conjuntas e combinadas (AJP MED), em missões NATO, medidas a implementar no Serviço de Saúde Militar**. TILD 2001/2002 – IAEM, Lisboa. 38 pp.
- (7) **CARTA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE**. Lisboa, Ministério da Saúde, Fevereiro de 1998.
- (8) CARVALHO, Pires de – **A reestruturação da saúde no âmbito da NATO**. Anais do Clube Militar Naval. A. 127, tomo 10-12 (Outubro/Dezembro 1997), p. 845-862.
- (9) CENTROS DE SAÚDE E HOSPITAIS. **Recursos e Produção do SNS**. Lisboa, Direcção-Geral de Saúde Julho de 2004.
- (10) DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – **Normas para o Planeamento de Equipamentos de Saúde**. Lisboa, Ministério da Saúde, Novembro de 1989.

- (11) DIAS, Carlos A. M. – **O Serviço de Saúde Militar. Projecto para as Forças Armadas – análise comparativa de congéneres estrangeiras.** Sintra: IAEFA, CSGA 1995/96.
- (12) ENTRUDO, António. – **“O Sistema de Saúde da Força Aérea”** in Revista Mais Alto, Mai/Jun 1994.
- (13) GOMES, Abílio – **O serviço de saúde militar no ponto de viragem.** – IAEM, Boletim N° 56, 8 de Novembro de 2002.
- (14) GONÇALVES, Helena; DOMINGUES, Ivo – **Qualidade em saúde.** Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Sem data.
- (15) LEITÃO, Miguel – **Repensar o sistema de saúde das Forças Armadas.** TAG , IESM, 2005/2006.
- (16) ISFA – **Relatório de Actividades 2003.** Lisboa: Lumiar, Fevereiro de 2004.
- (17) MDN – **Anuário estatístico da Defesa Nacional 2004.** Lisboa. 2006.
- (18) MEDEIROS, Manuel J. Q. – **A educação médica contínua e a idoneidade dos Serviços no Hospital da Força Aérea.** Sintra: IAEFA, Junho de 1990.
- (19) MIAEFA 5-17(H) – **Normas dos trabalhos individuais de pesquisa.** Sintra: IAEFA, Outubro de 2003.
- (20) DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – **Normas para o Planeamento de Equipamentos de Saúde.** Lisboa, Ministério da Saúde, Novembro de 1989.
- (21) OLIM, Gabriel. – **O Serviço de Saúde da Força Aérea no dealbar do séc. XXI. Contributo para o estudo da sua viabilidade.** DIAEFA 150-14. Sintra: IAEFA, Abril de 2003.
- (22) OLIVEIRA, João P. – **O Sistema de Saúde da Força Aérea face à conjuntura actual.** DIAEFA 161-8. Sintra: IAEFA, Abril de 2004.

- (23) L'OBSERVATEUR – **Étude économique du Portugal, 2004.** OCDE 2004.
- (24) NUNES, Jorge, et al. **Projecto de remodelação e ampliação do serviço de medicina nuclear do Hospital da Força Aérea.** Lisboa: ENSP.UNL, 2004.
- (25) NUNES, Jorge – **Planeamento de Serviços de Saúde: Aplicação Prática ao Internamento do Hospital da Força Aérea.** Lisboa: ENSP, Junho de 2005.
- (26) REIS, Carlos – **Do Collegio da Estrela ao Hospital Militar Principal.** Lisboa 2002.
- (27) SANTOS, Bargão dos – **Anteprojecto do sistema de saúde militar.** TILD, IAEM, 1994/1995.
- (28) SELVAGEM, Carlos – **Portugal Militar: Compêndio de história militar e naval de Portugal desde as origens do estado portugalense até ao fim da Dinastia de Bragança.** Lisboa. Imprensa Nacional 1991.
- (29) SIMÕES, Jorge – **Retrato Político da Saúde.** Livraria Almedina. Coimbra, Setembro de 2004.
- (30) SOARES, Évora [et al.] – **Estratégia nacional – implicações no sistema de saúde da Força Aérea.** Sintra: IAEFA, trabalho de grupo, Maio de 2003.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- (31) LEI CONSTITUCIONAL 1/01. **D. R. I Série A.** Nº 286 (12 Dez.2001), p. 8172-8217.
- (32) LEI n.º 29/82 de 11 de Dezembro – Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (LDNFA).
- (33) LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto – **Lei de bases da saúde.**

- (34) LEI n.º 111/91 de 29 de Agosto – **Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (LOBOFA).**
- (35) LEI n.º 27/2002 de 8 de Novembro – **Regime jurídico da administração hospitalar.**
- (36) LEI n.º 60/2003 de 1 de Abril – **Rede de cuidados de saúde primários.**

CONSELHO DOS CHEFES DE ESTADO-MAIOR DAS FORÇAS ARMADAS

- (37) PORTARIA n.º 67/75 de 04 de Fevereiro – **Regulamento de Assistência aos Militares das Forças Armadas.**
- (38) DESPACHO DO CCEM de 04 de Fevereiro de 1975. **Regulamenta as condições de aplicação do n.º 13 da Portaria n.º 67/75 de 04 de Fevereiro.**

MINISTÉRIO DA DEFESA

- (39) DECRETO-LEI n.º 585/73 de 6 de Novembro – **Cria a Assistência na Doença aos Militares.**
- (40) DECRETO-LEI n.º 296/72, de 14 de Agosto – **Cria o Núcleo Hospitalar Especializado Nº 1 da Força Aérea (NHEFA 1).**
- (41) DECRETO-LEI n.º 519-B/77 de 17 de Dezembro D. R. I Série n.º 290, p. 2983-2986. **Promulga o Estatuto da Carreira Médico-Militar.**
- (42) DECRETO-LEI n.º 116/79 de 4 de Maio – **Criação do Hospital da Força Aérea.**
- (43) DECRETO-LEI n.º 266/79 de 2 de Agosto – **Criação da Escola de Serviço de Saúde Militar.**
- (44) DECRETO-LEI n.º 332/86 de 2 de Outubro. D.R. Proceda a alterações no Decreto-Lei n.º 519-B/77 de 17 de Dezembro. **Equipara as carreiras médico-militares com as civis.**
- (45) DECRETO-LEI n.º 48/93 de 26 de Fevereiro – **Lei Orgânica do Estado-Maior General**

das Forças Armadas.

- (46) DECRETO-LEI n.º 49/93 de 26 de Fevereiro – **Lei Orgânica da Marinha.**
- (47) DECRETO-LEI n.º 50/93 de 26 de Fevereiro – **Lei Orgânica do Exército.**
- (48) DECRETO-LEI n.º 51/93 de 26 de Fevereiro – **Lei Orgânica da Força Aérea.**
- (49) DECRETO-LEI n.º 236/99 de 25 de Junho – **Aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas.**
- (50) DECRETO-LEI n.º 197-A/2003 de 30 de Agosto – **Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR).**
- (51) DECRETO-LEI n.º 166/2005 de 23 de Setembro – **Altera o regime de passagem à reserva e à reforma dos militares das Forças Armadas.**
- (52) DECRETO-LEI n.º 167/2005, de 23 de Setembro – **Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas.**
- (53) DECRETO-LEI n.º 61/06 de 21 de Março – **Lei Orgânica do Exército.**
- (54) DECRETO-REGULAMENTAR n.º 51/94 de 3 de Setembro – **Organização do CPESFA.**
- (55) DECRETO-REGULAMENTAR n.º 13/95, de 23 Maio – **Cria a Divisão de Saúde Militar.**
- (56) DESPACHO n.º 182/MDN/94 de 29 de Dezembro – **Conceito de Serviço de Utilização Comum (SUC).**
- (57) DESPACHO n.º 188/MDN/95 de 31 de Julho – **Criação dos Serviços de Utilização Comum (SUC's).**
- (58) DESPACHO n.º 192/MDN/95 de 3 de Agosto – **Criação do Conselho Consultivo de Saúde Militar.**

(59) DESPACHO n.º 236/MDN/2005, de 20 de Outubro – **Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas.**

(60) PORTARIA n.º 945/93, de 28 de Setembro – **Define as competências do CMMP.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(61) DECRETO-LEI n.º 73/90 de 6 de Março – **Carreiras médicas.**

(62) DECRETO-LEI n.º 11/93 de 15 de Janeiro – **Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.**

(63) DECRETO-LEI n.º 60/2003 de 1 de Abril – **Cuidados de saúde primários.**

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

(64) **Conceito Estratégico de Defesa Nacional.** Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/2003.

(65) **Conceito Estratégico Militar.** Aprovado pelo Conselho Superior de Defesa Nacional em 14 de Janeiro de 2004.

(66) **Conceito Estratégico da NATO.** Aprovado pelos Chefes de Estado e de Governo, que participaram na Reunião do Conselho do Atlântico Norte em Washington D.C, nos dias 23 e 24 de Abril de 1999.

PUBLICAÇÕES NATO

(67) AJP-4(A) – **Allied Joint Logistic Doctrine.** NSA, 2003.

(68) AJP-4.6 – **Multinational Joint Logistic Centre Doctrine.** NSA, Junho de 2001.

(69) AJP-4.10 – **Allied Joint Medical Support Doctrine.** NSA, 2002.

(70) MC 319/1(Final) – **NATO Principles and Policies for Logistics.** EAPC, 17 de Dezembro de 1997.

- (71) MC 326/2 (Draft) – **NATO Medical Support Principles and Policies**. NATO/EAPC, 2002.

**DOCUMENTO DO MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
DIRECÇÃO-GERAL DE PESSOAL**

- (72) **Da reestruturação da Saúde Militar**. Abril de 1997.

DOCUMENTOS SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE MILITARES

- (73) **DCDS (H) Presentation to Portuguese Defence Minister**. 12 Oct. 05.
- (74) **Estructura Y Funcionamento de la Sanidad Militar Española**. Informe para la agregaduria de Defensa de Portugal. Madrid 16 de Diciembre de 2005.
- (75) **Le Service de Santé des Armées**. Documento não identificado. Direcção de Saúde da Força Aérea.

SÍTIOS CONSULTADOS

- (76) BARROS, Pedro P. – **Eficiência e qualidade: mitos e contradições**. Maio de 1999. <http://ppbarros.fe.unl.pt>
- (77) BARROS, Pedro P. – **Sistemas privados de saúde – que relação com o SNS?**. Fevereiro de 1999 <http://ppbarros.fe.unl.pt>
- (78) FORÇA AÉREA – **Organização geral**. www.emfa.pt/org/organiz/htm
- (79) ROSA, Eugénio. – **Como funcionam os hospitais S.A.** Janeiro de 2004. <http://resistir.info>